

**Ökonomische Analyse der Steuerungswirkungen
unterschiedlicher Organisationsformen
in der ambulanten Versorgung**

Diplom-Volkswirt Riku Rautsola

*Liss
München
1984*

Digitized by the Internet Archive
in 2026

Ökonomische Analyse der Steuerungswirkungen unterschiedlicher Organisationsformen in der ambulanten Versorgung

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Grades Doctor rerum politicarum (Dr. rer. pol.)
an der Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von

Diplom-Volkswirt Riku Rautsola

1984

Referent: Prof. Dr. Frank E. Münnich

Korreferent: Prof. Dr. Hans Möller

Promotionsabschlußberatung: 25. Juli 1984

*

"Though this be madness,
yet there is a method in't"

*

William Shakespeare

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Einführung	i
1. Produktionsentscheidungen in den ambulanten Versorgungseinheiten	1
1.1. Die Arztpraxen als Unternehmungen	2
1.2. Der ärztliche Entscheidungsprozeß	6
Fußnoten	19
2. Kontrahierung auf dem Markt für medizinische Güter	22
2.1. Transaktionskosten und die Entstehung institutioneller Regelungen	23
Fußnoten	36
2.2. Regulierung des ärztlichen Entscheidungsprozesses	39
Fußnoten	55
3. Ausgewählte Steuerungsinstrumente in der ambulanten Versorgung	57
3.1. Auswahl der Betriebsformen	60
3.2. Preisbildung und Einkommensentstehung	66
3.3. Bedingungen der Leistungserstellung	73
3.4. Regelungen der Gütervermarktung	80
Fußnoten	89
4. Steuerungswirkungen unterschiedlicher Organisationsformen	93
4.1. Die Anreizstruktur in den ambulanten Produktionseinheiten	95
Fußnoten	107
4.2. Strategische Spielräume und ärztliches Verhalten	109
Fußnoten	128
5. Zusammenfassung	131
Quellenverzeichnis	133

Einführung

Das Ziel dieser Untersuchung liegt in einer Darstellung und Analyse der Steuerung des ambulanten medizinischen Marktes. Durch ausgewählte internationale Systembeispiele der Regulierung wird dabei ein theoretisch orientierter Vergleich der Wirkungen und Wirksamkeit von Steuerungsmaßnahmen angestrebt. Aufgrund der Bedeutung der Reaktionen von mikroökonomischen Entscheidungsträgern, hier Ärzte, für die einzel- und gesamtwirtschaftlichen Ergebnisse des ambulanten Sektors, wird die Effizienz bzw. Ineffizienz der organisatorischen Randbedingungen untersucht.

Die Analyse der ausgewählten Systeme erfolgt mit einer Synthese von Instrumenten aus der Theorie der Eigentumsrechte. Diese Methode soll die argumentative Konsistenz bei der Berücksichtigung und Untersuchung von institutionellen Rahmenbedingungen gewährleisten. Es wird allerdings, immer wenn möglich, auf die Techniken der traditionellen neoklassischen Mikroökonomik zurückgegriffen, um die Darstellung und die logische Struktur der Argumentation zu präzisieren.

Im ersten Kapitel wird versucht, die prinzipiellen ärztlichen Allokationsentscheidungen unter idealistischen Umweltannahmen, eben denen der Neoklassik, zu ermitteln. Diese Ergebnisse aus einer modellhaften Abstraktion sollen die Einkommensmöglichkeiten bzw. die Ertragskraft einer ärztlichen Unternehmung in Abhängigkeit von den Produktionsentscheidungen eines Arztes darlegen. Dadurch wird die Struktur für eine allgemeine Beurteilungsgrundlage gewonnen, die im weiteren Verlauf als Instrument für die Veranschaulichung der Variationen in den ärztlichen Entscheidungen bei unterschiedlichen institutionellen Rahmenbedingungen dient.

Die prinzipiellen Notwendigkeiten und die generelle Wirkung der institutionellen Koordination der Marktaktivitäten durch Regulierung werden im Kapitel 2. dargestellt. Hier steht im Mittelpunkt die theoretische Offenlegung der allgemeinen Versuche, die Kontrahierung und die alloкатive Effizienz der Marktergebnisse zwischen den teilnehmenden Nachfragern, Anbietern und Drittfinzanziers durch trans-

aktionskostensenkende Informationsverarbeitung zu verbessern. Die Wirkung der unterschiedlichen Regulierungen wird sodann modellhaft diskutiert.

Diese theoretischen Überlegungen werden im Kapitel 3. verwendet, um die makroökonomische Gestaltung der institutionellen Randbedingungen der ärztlichen Tätigkeit nach den ökonomischen Kriterien der vertraglichen Tauschbedingungen in den ausgewählten vier Ländern zu systematisieren. Es ist offensichtlich, daß nicht jeder regulierende Eingriff im Rahmen eines internationalen Vergleichs berücksichtigt werden kann. Die Konzentration liegt folglich auf der wirtschaftlich relevanten und für alle Teilnehmer verbindlichen Rechtsstruktur und abstrahiert v.a. von den nicht direkt einkommenswirksamen Regulierungen.

Im Kapitel 4. erfolgt eine Integration der Erkenntnisse der ersten drei Kapitel durch eine modelltheoretische Darstellung und Analyse der institutionellen Regelungen. Die systematische Variation der ärztlichen Disposition in Abhängigkeit von den regulierten institutionellen Umweltbedingungen wird anhand der relevanten Rechtsstrukturen in den jeweiligen Ländern analysiert. Die so gewonnenen Aussagen über das strategische Verhalten des ärztlichen Personals sind zwar mangels ökonometrischer Überprüfung spekulativer Natur. Sie werden jedoch tendenziell durch beobachtbare empirische Phänomene unterstützt. Eine stringente empirische Überprüfung der Aussagen über das Arztverhalten war im Rahmen dieser Untersuchung nicht durchführbar. Sie wäre aber - die erforderlichen vergleichbaren internationalen Daten vorausgesetzt - der nächste logische Schritt zur Erläuterung der vorgelegten Fragestellung.

1. Produktionsentscheidungen in den ambulanten Versorgungseinheiten

Die Offenlegung der ökonomischen Dimensionen der ärztlichen Produktionsentscheidungen und ihre Bedeutung bilden den Schwerpunkt des ersten Kapitels. Ziel ist, das ärztliche Verhalten anhand der mikroökonomischen Theorie zu erfassen, um v.a. die Besonderheiten der Produktionsentscheidungen zu demonstrieren. Die wichtigsten Verhaltensannahmen werden bei der Darstellung formal beschrieben und ihre Optimalbedingungen abgeleitet. Der Zweck dieser idealtypischen Modellbildung liegt in der Verdeutlichung der grundsätzlichen funktionalen Abhängigkeiten in einer Arztpraxis. Es ist nicht beabsichtigt, eine gleichgewichtige Marktkonstellation zu untersuchen sondern lediglich die praxisinternen Entscheidungsprozesse zu beschreiben. Der gängigen neoklassischen Tradition gemäß wird in diesem ersten Kapitel von Marktfriktionen abgesehen. Diese Modellannahme impliziert insbesondere friktions- und kostenlose Informationsverarbeitung auf dem Markt für ambulante medizinische Leistungen. Konkret bedeutet diese Vorgehensweise eine Abstraktion von eventuell vorhandenen Unvollständigkeiten in Bezug auf Preisbildung und von potentiellen Qualitätsdefekten im Leistungsangebot der Anbieter.

Mit diesem Kapitel wird eine Darstellung des Einflusses von marktmäßigen und technologischen Beschränkungen auf die firmeninternen Entscheidungsprozesse angestrebt. Es wird also zunächst von den institutionellen Regelungen als zusätzliche Restriktion der Produktions- und Angebotsentscheidungen abgesehen. Die Überlegungen und Ergebnisse des ersten Kapitels dienen im weiteren Verlauf der Untersuchung als eine Referenz, obgleich der neoklassische Standard nicht als explizite ideale Vergleichssituation der realen Systeme zu betrachten ist. Er kann aber der Analyse von ärztlichen Entscheidungen und Reaktionen in unterschiedlichen Systemen zur vereinfachenden Vereinheitlichung verhelfen.

Im ersten Abschnitt des Kapitels 1. erfolgt eine verallgemeinerte, die ökonomischen Besonderheiten der ambulanten Produktionseinheiten berücksichtigende, Problematisierung des ärztlichen Verhaltens. Die

ambulanten Einheiten können Privatpraxen, öffentliche Ärztezentren oder poliklinische Ambulatorien der Krankenhäuser sein. Hier wird der Arzt als selbständiger Unternehmer in eigener Praxis betrachtet. Diese Niederlassungsform bedeutet, daß der Arzt der Eigentümer, Manager und Arbeitsfaktor seines Unternehmens ist. Diese, auf der bisherigen Literatur¹⁾ aufbauende Darstellungsweise bezweckt eine Offenlegung der dreifachen Funktion eines Arztes. Das ärztliche Personal fungiert also zugleich als Entscheidungsträger, Produktionsfaktor (der Arztarbeitsleistungen) und als Kapitalgeber der Firma²⁾.

Die im zweiten Teil des Kapitels erfolgende modellhafte Darstellung geht von der Friktionslosigkeit der Transaktionen aus. Der Arzt entscheidet bei gegebenen Preisen und bei gegebener Technologie als der die Leistungserstellung überwachende Manager über seinen eigenen Arbeitseinsatz und über den Einsatz der anderen Produktionsfaktoren. Bei diesen Entscheidungskalkülen muß er neben den ebenfalls vom Markt als gegeben angenommenen Faktorpreisen seine eigenen Nutzenvorstellungen als Haushalt berücksichtigen. Aus diesem Grunde wird sein Optimierungsverhalten von dem der üblichen Unternehmungen differieren.

1.1. Die Arztpraxen als Unternehmungen

Unter ambulanter Versorgung wird die Tätigkeit der Produktionseinheiten verstanden, die unter ärztlicher Leitung und mit ärztlichem Arbeitseinsatz zur Heilung akuter, nichtstationärer Krankheitsfälle und zur Früherkennung und Vorbeugung von Krankheiten intermediäre Produkte herstellen. Diese Definition bedeutet lediglich, daß die medizinischen Outputseinheiten der Arztpraxen für den Patienten (d.h. dem Endverbraucher) keine Endgüter darstellen. Sie dienen vielmehr als Inputeinheiten für den individuellen Heilungsprozeß.

Für den Arzt sind die Ergebnisse seiner Aktivitäten als Outputseinheiten aufzufassen. Er wird zwar den individuellen Heilungsprozeß bzw. die individuelle Gesundheitsproduktion des Patienten als Berater zu lenken versuchen, doch unterliegt der Erfolg des vom Arzt gewählten Genesungsverfahrens nur teilweise seiner Bemühung. Patientenspezifische Faktoren, v.a. patient compliance, spielen ebenso eine

große Rolle³⁾. Hierin liegt außerdem eine bedeutende Schwierigkeit, das herkömmliche Sachwaltermodell (theory of agency) für den Arztleistungsmarkt zu verwenden. Die ärztliche Entlohnung kann faktisch aufgrund der potentiell mangelnden patient compliance nur schwer an Heilungserfolge gebunden werden. Abgesehen von drohenden Strafen in Fällen, in denen der tatsächliche Erfolg gravierend genug von der erwarteten Heilung aufgrund der ärztlichen Produktionsentscheidungen divergiert, ist die Bezahlung für ärztliche Bemühungen erfolgsunabhängig⁴⁾. Als Kalkulationsgrundlagen werden folglich beobachtbare Prozeßvariable verwendet, wie die Zahl der Behandlungen oder der abgegebenen Leistungen pro Konsultation. Die subjektiven Tatbestände der individuellen Gesundheitsproduktion könnten aufgrund der mangelnden Beobachtbarkeit den Ökonomen bei seiner Analyse zur Kapitulation zwingen. Wünscht er dennoch, den Markt für Gesundheitsleistungen zu untersuchen, muß er auf beobachtbare Aktivitäten der Marktteilnehmer, hier also auf Produktion und Angebot ambulanter Leistungen, zurückgreifen.

Die Ärztepraxen stellen durch fachliche Diagnose-, Prognose- und Therapietätigkeit Produkte zur Gesundheitsversorgung her⁵⁾. In der modellhaften Analyse kann die Privatpraxis durch relativ einfache Variationen der Annahmen als allgemeiner Ausgangspunkt zur Darstellung und Untersuchung von betriebsinternen Produktionsentscheidungen dienen⁶⁾. Dieser Weg wurde hier gewählt, weil dadurch die besondere Bedeutung des Arztes als Management- und dispositiver Faktor hervorgehoben werden kann. Die produktionstechnologischen Beschränkungen und Folgen dieser Personalunion und die Kapitalgeberrolle können so am deutlichsten im Hinblick auf die Interdependenzen einer ärztlichen Praxis dargestellt werden. Die unterschiedlichen Möglichkeiten das ärztliche Verhalten zu steuern, die verschiedene andere Organisationsformen implizieren, können durch modellierte Umformulierungen der drei Funktionen des Arztes aus dem generellen Modell ermittelt werden. Die im folgenden verwendete Fiktion des Arztes als Mengenanpasser gilt sowohl für eine marktmäßige als auch für eine administrative Preisbildung. Für die einzelnen Ärzte haben diese alternativen Annahmen Folgen hinsichtlich ihrer Bedeutung für die jeweiligen Preiselastizitäten. Für den Gesamtmarkt sind die Implikationen aber gravierender.

Durch seine Ausbildung und seine Berufserfahrung besitzt der Arzt das Wissen über die Produktionstechnologie. Anhand der Vorgeschichte und der Beschwerden des Patienten kann der Arzt aufgrund seiner diagnostischen Fähigkeiten die geeignete Therapie anordnen. Für einen Beschwerdenkomplex gibt es üblicherweise mehrere Diagnose- und Therapiemöglichkeiten⁷⁾. Die Wahl des Verfahrens determiniert die Beanspruchung der Inputeinheiten zur Herstellung der ambulanten Produkte. Aufgrund seines medizinischen Urteils kombiniert der Arzt die ärztlichen Leistungen, die Leistungen des medizinischen Hilfspersonals, Medikamente, technische Hilfsmittel und Geräte zunächst zum Zweck der Diagnostik und anschließend zur Herstellung der notwendigen therapeutischen Maßnahmen.

In diesem Entscheidungsprozeß sollte er idealtypisch von den medizinisch möglichen Lösungen und Verfahren diejenigen aussuchen, die am wirtschaftlichsten sind. Er wählt aus den medizinisch-technologischen Produktionsverfahren (technische Effizienz) das wirtschaftlichste aus (allokative Effizienz)⁸⁾. Üblicherweise, wenn medizinische Indikationen dies nicht verbieten, ist im Hinblick auf die intersektoralen und innerbetrieblichen Produktionsentscheidungen der kostengünstigere Leistungsträger zu wählen. Im ersten Fall bedeutet dieses eine bevorzugte Heranziehung von ambulanten Leistungsanbietern beispielsweise eine Substitution zu Ungunsten der stationären Versorgung. Innerbetrieblich soll der Arztarbeitsfaktor v.a. in der Therapie und den technischen Diagnoseteilbereichen von paramedizinischem Personal nach Möglichkeit ersetzt werden⁹⁾.

Der Arzt trifft als Leiter und Entscheidungsträger bzw. Manager einer Unternehmung zur Erstellung und zum Verkauf medizinischer Leistungen für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung die Wahl eines medizinisch zulässigen, technisch möglichen und wirtschaftlich vertretbaren Heilverfahrens. Dabei trägt er, wie jeder andere selbständige Unternehmer auch, das unternehmerische Risiko und die Verantwortung für das Einkommen der am Leistungsprozess beteiligten Mitarbeiter. Der Arzt-Manager fragt auf dem Faktormarkt Faktorleistungen nach und wählt die Faktorkombination bzw. das Produktionsverfahren zur Herstellung der notwendigen Leistungsbündel. Aus den gegebenen tech-

nologischen Möglichkeiten soll er den Faktor-Mix bestimmen, der nach medizinischen Überlegungen und nach seinem wirtschaftlichen Kalkül eine optimale Lösung bedeutet. .

In seiner Eigenschaft als Anbieter von Leistungen auf dem Gütermarkt wählt der Arzt-Manager die Güter, die für die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zur Bedürfnisbefriedigung seiner Patienten geeignet sind. Die Produktion von Therapieleistungen wird z.B. in solchen Fällen gar nicht aufgenommen, in denen eine Überweisung in den stationären Bereich aus medizinischer Indikation geboten ist. Dieses verdeutlicht die Vieldimensionalität der ärztlichen Tätigkeit. Neben seiner Rolle als Manager bzw. Entscheidungsträger der Praxis übernimmt er selbst außerdem die Funktion des Anbieters von Arztarbeitsleistungen bzw. von Produktionsfaktoren.

Der Arzt wird bei der Entscheidung über den Produkt- und Faktor-Mix in der Diagnose- und Therapietätigkeit seinen individuellen Zielvorstellungen Rechnung tragen. Mit jeder Disposition über Faktorleistungen trifft er auch eine implizite Entscheidung über seinen eigenen Arbeitseinsatz und über die Produktivität, den Umsatz und das Einkommen seiner Praxis. So bedeutet beispielsweise die Entscheidung, eine Aufgabe an medizinisches Praxispersonal zu delegieren, eine Erhöhung der Produktivität des Faktors Arzt¹⁰⁾. Werden hierdurch zusätzliche Patienten in Behandlung genommen, dann bedeutet die Rationalisierung einen höheren Erlös für die Arztpraxis¹¹⁾.

Die Besonderheit gegenüber der traditionellen Arbeitsangebots- und Firmentheorie liegt hier in der simultanen Bestimmung der Einkommensentstehung der ärztlichen Firma und des gewünschten Einkommensniveaus sowie der angestrebten Freizeit des Arzthaushaltes. Aus der dreifachen Rolle des Arztes resultiert die Schwierigkeit¹²⁾ der Ermittlung eines angestrebten gleichgewichtigen trade-off zwischen Einkommenserzielung und Freizeit¹³⁾. Für die Analyse des Entscheidungsprozesses ist eine Darstellung der produktionstechnologischen Möglichkeiten und des Nachfragepotentials bzw. der Preis-Absatzfunktion notwendig. Die Produktionsfunktion und die Faktorpreise determinieren die Kosten der Firma. Zusammen mit der Preis-Absatzfunktion

kann sodann der Nettoerlös der Unternehmung bestimmt werden. Der Nettoerlös (y) entspricht als Entlohnung der Tätigkeit in einer freien Arztpraxis dem ärztlichen Haushaltseinkommen. Dabei kann zwischen einer Komponente zur Faktorentlohnung (q) (für ärztliche Arbeitsleistungen und routinemäßiges Management) sowie eines Gewinnteils (π) zur Entlohnung des Unternehmers (Nettoerlös minus Faktorentlohnung des Arztes)¹⁴⁾ unterschieden werden.

1.2. Der ärztliche Entscheidungsprozeß

Jede Produktionsentscheidung in einer Volkswirtschaft bedeutet eine Bindung von Ressourcen und somit eine Vorenthaltung gegenüber alternativen Verwendungszwecken. Das Phänomen der knappen Ressourcen gilt ebenfalls in der Produktion von medizinischen Leistungen. Die Leistungserstellung in den Arztpraxen zur Linderung der krankheitsbedingten Leiden und zur Wiederherstellung der produktiven Kräfte der Bevölkerung wird gemäß der vorangestellten Überlegungen mit anderen unternehmerischen Tätigkeiten zur Einkommenserzielung gleichgesetzt. Somit wird hier die Produktion in den ambulanten Produktionseinheiten untersucht, soweit sie als wirtschaftlich motiviert angesehen werden kann. Trotz der zu berücksichtigenden technischen Besonderheit der Input- und Outputmerkmale in den Arztpraxen wird dem individuellen Arzt ein Agieren gemäß ökonomischer Zielvorstellungen unterstellt. In dem folgenden Abschnitt wird den Produktions- und Faktoreinsatzentscheidungen die zentrale Aufmerksamkeit gewidmet.

Die Ressourcenallokation ist das Ergebnis wirtschaftlicher Entscheidungen des im ambulanten Sektor tätigen Personals. In dieser Untersuchung werden vereinfachend nur dem ärztlichen Personal Dispositionsbefugnisse und -fähigkeiten zugesprochen. Es wird weiter unterstellt daß das ärztliche Personal im Rahmen eines individualistischen Entscheidungskalküls zielgerichtet auf Anreize reagiert. Die Anreize resultieren (vorläufig) aus dem wirtschaftlichen Geschehen und aus den Restriktionen der gegenwärtigen Technologie. Zu Analyse Zwecken kann die zielgerichtete wirtschaftliche Motivation des ärztlichen Handelns anhand einer Nutzenfunktion beschrieben und operationalisiert werden. Die Hauptargumente des ärztlichen Nutzenkalküls werden in dieser Untersuchung als Einkommen (y) und Freizeit (m) angenommen.

Viele neuere gesundheitsökonomische Studien nehmen ein Argument für Qualität als eine zusätzliche, dritte Dimension in die Nutzenfunktion auf¹⁵⁾. Dieser Weg wird in diesem Kapitel nicht weiter verfolgt, weil in einer informations- und transaktionskostenlosen Welt die Merkmale der Güter, und somit auch die der ambulanten Leistungen, soweit standardisierbar sind, daß für jedes Gut ein homogener Markt entsteht, auf dem das Qualitätsproblem nicht existiert¹⁶⁾. Die Problematik der Informationsverarbeitung und der Koordination von Transaktionen wird als gelöst angenommen. Die Produktionspalette wird somit nach medizinischen Kriterien gewählt, und die Faktoreinsatzentscheidungen werden dann nach wirtschaftlichen Effizienzkriterien getroffen. Die in diesem Kapitel verwendete Vorgehensweise nimmt lediglich die Erfüllung des Hippokrates-Eides explizit an. Vorausgesetzt, daß die vorgeführten Überlegungen die ärztlichen Zielsetzungen annäherungsweise korrekt reflektieren, kann eine Nutzenfunktion in folgender Weise dargestellt werden. Dabei seien abnehmende Grenzzraten der Substitution angenommen.

$$(1) \quad u = u(y, m)$$

Es wird somit unterstellt, daß die in der ambulanten Versorgung tätigen Ärzte allgemein ihre individuellen, wirtschaftlichen Ziele verfolgen. Der Arzt ist allerdings in seiner Rolle als Anbieter von Arbeitsleistungen auf dem Faktormarkt kein reiner Einkommensmaximierer. Vielmehr optimiert er seinen Nutzen indem er, je nach individueller Gewichtung der Zielvariablen, Entscheidungen bezüglich Freizeit und Einkommenserzielung trifft. Das Einkommen dient als Hilfsvariable des Kaufkraft- bzw. Konsumpotentials und stiftet somit nicht per se einen unmittelbaren Nutzen, wogegen die Freizeit direkt zur Wohlfahrt beiträgt¹⁷⁾.

Der technologische Zusammenhang des Ausstoßes und des Faktoreinsatzes einer Arztpraxis kann anhand der folgenden Produktionsfunktion interpretiert werden.

$$(2) \quad x = x(a, l, k)$$

Die Leistungen der Arztpraxis werden durch den Outputvektor (y) ausgedrückt. Ein gegebenes Volumen und die Struktur dieser medizinischen Güter wird durch die Kombination von Inputgrößen ärztlicher Faktor- und Managementleistungen (a), Leistungen des paramedizinischen und Büropersonals kombiniert mit den dazu notwendigen technischen Geräten (l) in den Praxisräumen (k) hergestellt. Die Produktionsfunktion ist nur beschränkt substitutional, da ohne den ärztlichen Arbeitseinsatz eine Behandlung unmöglich ist.

(3) $a > 0, l > 0, k > 0$

Der Arzt kann durch Aufgabendelegation einen Teil seiner Arbeitsleistung an das Praxispersonal übergeben. Wegen seiner überlegeneren Fachkenntnisse ist jedoch ein Mindesteinsatz ärztlicher Arbeitsleistung zum Zweck der Koordination und Überwachung der Mitarbeiter in Diagnostik und Therapie notwendig. Das Hilfspersonal kann die Produktivität der Arztarbeitsleistungen nur teilweise erhöhen. Die Aufgabendelegation erfolgt insbesondere in Verbindung mit Faktorleistungen der technischen Geräte. Im folgenden wird eine strenge Komplementarität im Einsatz des paramedizinischen Personals und der technischen Geräte unterstellt¹⁸⁾.

Der Arzt kann sich auch entscheiden, in seiner Praxis bei bestimmten Behandlungen zumindest teilweise oder gänzlich auf das Hilfspersonal zu verzichten. Dann ist er aber darauf angewiesen, die technischen Leistungen selbst zu erbringen. Somit gilt sinnvollerweise, die Komplementarität unterstellt, die strikte Ungleichheit in Bezug auf (1) unter (3). Für den Faktoreinsatz der Kapitalgüter (k) gilt ebenfalls die strikte Ungleichheit, weil eine ärztliche Tätigkeit ohne entsprechenden Warte- und Behandlungsräumlichkeiten kaum denkbar ist.

Um das Bild über die wechselseitige Abhängigkeit der Nutzenfunktion und der ärztlichen Entscheidungsvariablen zu vervollständigen, müssen noch Aussagen über Einkommensentstehung in den Arztpraxen getroffen werden. Der Umsatz einer Praxis hängt von der Zahl der produzierten Leistungen¹⁹⁾ und von der Preisbildung, d.h. von der Preis-Absatzfunk-

tion auf dem Markt für ambulante Medizingüter ab. Der Verlauf der Preis-Absatzfunktion wird durch die Markt- und Honorierungsform determiniert.

Da die Darstellung der firmeninternen Produktionsabläufe hier den Mittelpunkt bildet, wird die Annahme der vollkommenen Informationsgewinnung und -verarbeitung weiterhin beibehalten. Es wird also unterstellt, daß die ärztlichen Unternehmen sich als vollständige Anpasser an Preis verhalten. Für einen einzelnen Anbieter ist der Preis somit ein Datum. Die Nachfrageseite des Marktes operiert ebenfalls unter der vorausgesetzten Vollkommenheit der Informationsverarbeitung. Diese Annahme impliziert vollkommene Sicherheit über alle gegenwärtigen und zukünftigen Ereignisse und ihre Konsequenzen, und es kann von der Existenz potentieller Versicherungsarrangements vorläufig noch abstrahiert werden. Die Preis-Absatzmöglichkeiten des Marktes für medizinische Leistungen geben sodann die Zahlungsbereitschaft und Präferenzen der Patienten wieder. Die Nachfragepräferenzen werden determiniert durch die Preise, sowie durch die Morbiditätsstruktur und andere demographische Eigenschaften der zu versorgenden Population. Annahmegemäß können die Ärzte die Symptomeigenschaften ex ante mit hinreichender Genauigkeit antizipieren und ihre Produktion exakt planen, um den Bedürfnissen gerecht zu werden. Die medizinische Effizienz der Behandlung soll damit gewährleistet sein.

Der Erlös (r) der ärztlichen Praxen wird allgemein dargestellt durch folgenden Zusammenhang.

$$(4) \quad r = p \cdot x$$

Dabei spiegelt (p) den Preis der einzelnen Leistungen (x) wider. Bei einem linearen Kostenverlauf für die Faktoreinsätze von paramedizinischem Praxispersonal, technischen Geräten und Kapitalgütern läßt sich der Nettoerlös der Praxis bzw. die Einkommenentstehung des Haushaltes wie folgt beschreiben.

$$(5) \quad y = px(a, l, k) - [(w+e)l + zk]$$

Der Preis (z) des Kapitalgutes (k) gibt entweder Miete oder Verzinskungskosten (pekuniäre Opportunitätskosten) wieder. Aufgrund des komplementären Charakters der Leistungsabgabe der technischen Geräte und des Hilfspersonals wird der Faktoreinsatz (l) mit den Preisen beider Inputeinheiten (e) bzw. (w) gewichtet.

Mit der folgenden Darstellung wird eine Analyse des zielgerichteten ärztlichen Verhaltens bezweckt. Die Bestimmung der ökonomischen Zielvariablen der Ärzte wird in Abhängigkeit von den marktmäßigen und technologischen Restriktionen dargestellt. Es wird untersucht, wie der mögliche trade-off zwischen Einkommen und Freizeit durch ärztliche Entscheidungen in einer idealtypischen marktwirtschaftlichen Umwelt determiniert wird. Das Optimierungsproblem wird in zwei Schritten präsentiert. Zuerst werden alle gewinnoptimalen Faktoreinsatzverhältnisse (ökonomische Effizienz) der Praxis und die dazugehörigen notwendigen Arztarbeitsleistungen ermittelt. Diese Aufgabe betrifft den Arzt als Manager und Eigentümer der Unternehmung. Aus diesen potentiellen Optimalkombinationen wählt der Arzt sodann als Anbieter von Faktorleistungen (d.h. in Vertretung seines Haushaltes) die Kombination von Einkommen und von nichtproduktiver Zeitverwendung, die seinen Präferenzen entspricht²⁰ (Nutzenoptimum des Haushaltes).

Die firmeninterne Optimierung, die dem Arzt-Manager obliegt, wird nun zuerst dargestellt. Eine wirtschaftlich effiziente Produktion bedingt kostenminimale Faktoreinsatzentscheidungen. Diese können ermittelt werden, indem die Einkommens/Gewinnfunktion (5) für die Faktoreinsätze von Personal und technischen Geräten sowie für die des Kapitals durch partielles Differenzieren maximiert wird.

$$(6) \quad y_l = p x_l - (w + e) = 0$$

$$(7) \quad y_k = p x_k - z = 0$$

Dieses bedeutet, daß der Arzt solange Aufgaben delegiert bis die Wertgrenzprodukte der Faktoren gleich den Faktorpreisen sind. Wegen der überwachenden Managementfunktion des Arztes im Hinblick auf die Aufgabendelegation und Wartezimmerpolitik²¹ müssen die einkommens-

maximierenden Optimalbedingungen der Faktoreinsatzverhältnisse in Abhängigkeit von ärztlichen Managemententscheidungen und vom Zeitaufwand betrachtet werden. Folglich können die effizienten Faktoreinsatzkombinationen als implizite Funktionen der ärztlichen Arbeitsleistungen gesehen werden, $l = l^*(a)$ und $k = k^*(a)$, wobei $l_a^* > 0$, $l_{aa}^* < 0$ und $k_a^* > 0$, $k_{aa}^* < 0$.

Die Grenzproduktivität und folglich das Wertgrenzprodukt eines Faktors hängt nicht nur von seinen technologischen Fähigkeiten ab, sondern gleichzeitig von der ökonomisch effizienten Ausnutzung dieses Potentials durch den überwachenden und Verantwortung tragenden Arzt²²⁾.

Die simultanen einkommensmaximierenden Faktorinputkombinationen erhält man durch Einsetzen der ersten Zwischenergebnisse in die Nettoerlösfunktion bzw. als Transformationskurve des Einkommens und der Freizeit. Hierdurch werden die effizienten Faktoreinsätze von (l) und (k) in Abhängigkeit von der ärztlichen Arbeitszeit als selbstproduzierender Faktor und delegierende Manager ermittelt. Die Funktion wird neu formuliert.

$$(8) \quad y = p(x_a, l^*(a), k^*(a)) - [(w+e) l^*(a) + z k^*(a)]$$

Durch das partielle Differenzieren nach dem Produktionsfaktor Arbeitsleistung (a) können die Optimalwerte der übrigen Inputs in Bezug auf ärztliche Arbeitszeit ermittelt werden.

$$(9) \quad y_a = p(x_a + x_l l_a^* + x_k k_a^*) - (w+e) l_a^* - z k_a^*$$

Die Ergebnisse offenbaren die Möglichkeiten des Arztes in seiner Praxis, seine eigene Arbeitsleistung als Produktionsfaktor und Manager in Einkommen zu transformieren²³⁾. Die Wertgrenzprodukte und Kosten der übrigen Inputeinheiten sind in starkem Maße vom ärztlichen Delegationspotential und -fähigkeiten abhängig. Die Gewichte l_a^* und k_a^* tragen dieser Tatsache Rechnung. Der Arzt kann sein Einkommen aus der Praxis durch die Entscheidung erhöhen, einen Teil der diagnostischen und therapeutischen Aufgaben an paramedizinisches Personal zu delegieren. Er wird dieses solange verwirklichen bis

die Wertgrenzprodukte gleich den Grenzkosten des Delegierens sind,

$$(10) \quad p x_1 \cdot l_a^* = (w+e) l_a^*, \quad p x_k \cdot k_a^* = z k_a^*$$

Dabei drückt die linke Seite den Rationalisierungsvorteil durch Delegation aus. Der rechte Ausdruck reflektiert die vollen Opportunitätskosten im Sinne von Löhnen und gebundener Arbeitszeit des Arztes.

Um die nutzenoptimalen Mengen des Arbeitsangebotes des Arzt-Haushaltes zu determinieren²⁴⁾, muß die erste Ableitung der Nettoerlösfunktion geringfügig verändert werden. Da die ärztliche Zeit beschränkt ist, kann gemäß der Restriktion

$$(11) \quad m = M - a$$

die linke Seite umgeschrieben werden, und in der Folge wechselt die rechte Seite das Vorzeichen.

$$(12) \quad y_m = -[p(x_a + x_1 l_a^* + x_k k_a^*) - (w+e) l_a^* - z k_a^*]$$

Diese Gleichung drückt alle möglichen Einkommens-Freizeitkombinationen aus, die dem ärztlichen Haushalt zur Auswahl stehen. Aus den bisherigen Arbeiten im Gebiet erweiterten Firmentheorie resultiert folgendes Ergebnis²⁵⁾. Es wird diejenige Kombination gewählt, die den Nutzen in Bezug auf die zwei Zielgrößen maximiert. Mit dieser Annahme wird unterstellt, daß sich der ärztliche Produktionsfaktor im Hinblick auf die Produktionsentscheidungen bei dem Arzt-Manager gegenüber dem ärztlichen Kapitalgeber durchsetzt, und das System wird durch die Nutzenvorstellungen des Haushaltes anstelle der üblichen Gewinnmaximierungsregeln determiniert²⁶⁾.

$$(13) \quad y_m = - \frac{u_m}{u_y} = \frac{dy}{dm}$$

Nach der Ermittlung aller möglichen Kombinationen von Einkommen und Freizeit setzt der Arzt seine potentielle Faktorentlohnung pro Arbeitsstunde fest. Er bietet solange zusätzliche Faktorleistungen

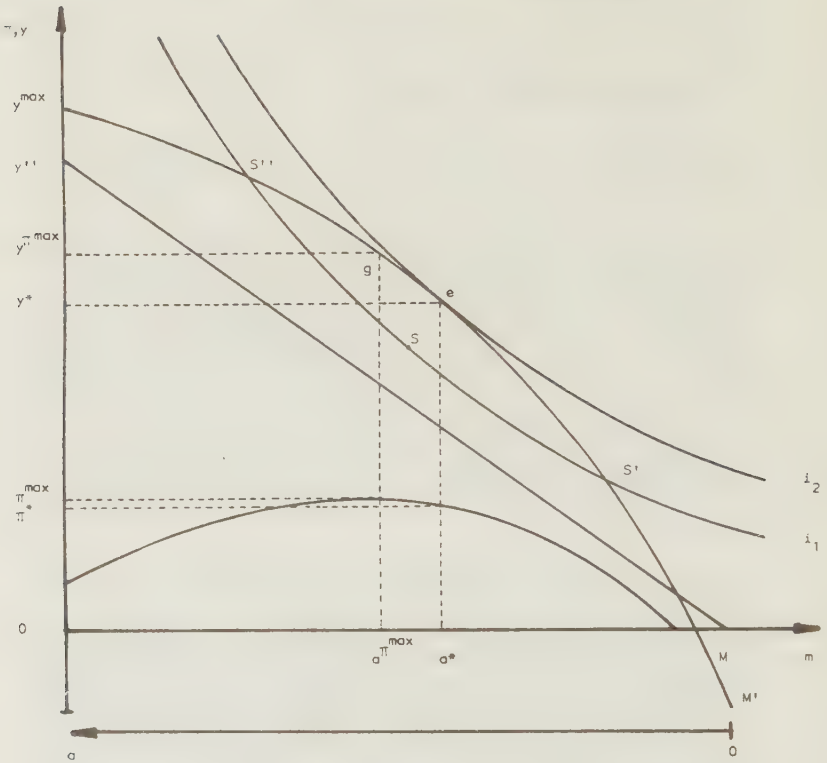
an, bis sein Schattenpreis dem Zeitpreis seiner Leistungen gleich ist. Der Schattenpreis reflektiert die Grenzrate der Substitution des ärztlichen Haushaltes und der Zeitpreis gibt die Grenzrate der Transformation der Unternehmung zwischen Einkommen und ärztlicher nichtproduktiver Tätigkeit wieder²⁷⁾.

Grafisch kann diese Situation im Schaubild 1.1. analysiert werden. Die Transformationskurve ($y^{\max}$, M') bildet die alternativen Volumina von Freizeit- und Einkommensmöglichkeiten ab. Die Budgettransformationskurve ist, wie ersichtlich, allerdings nicht in völliger Analogie zu einer herkömmlichen Budgetgeraden eines Arbeitsfaktoren anbietenden Haushaltes zu betrachten. Die Krümmung der Budgettransformationskurve unterliegt den unternehmerischen Produktionsentscheidungen des Arztes. Der Arzt kann Faktoren einsetzen, um sowohl Einkommen und Freizeit durch Aufgabendelegation zu "produzieren". Dabei ist zu beachten, daß für sehr niedrige ärztliche Faktoreinsätze bei einer selbständigen Niederlassung die Durchschnittskosten höher sein können als die durchschnittlich erzielbaren Erträge²⁸⁾ (negativer Teil der Kurve).

Ein normaler Haushalt dagegen hat ausschließlich die zu produktiven Zwecken eingesetzte Arbeitszeit als Entscheidungsvariable. Diese Situation wird durch die Transformationskurve (y' , M) wiedergegeben. Der Verlauf der Geraden wird durch das erzielbare ärztliche Einkommen in unselbständiger Beschäftigung bestimmt ($y=q \cdot a$) als Faktorentlohnung für routinemäßige Management- und Arbeitsleistungen des Arztes. Das Haushaltseinkommen in selbständiger Tätigkeit muß die unselbständige Entlohnung überschreiten, weil sonst langfristig für den Kapitalgeber-Arzt eine selbständige Niederlassung wirtschaftlich lohnend nicht vorkommt, da er keinen Profit erzielt. Der Gewinn als Unternehmerentlohnung wird im Schaubild 1.1. durch die Profitkurve (π) als vertikale Differenz zwischen den Kurven ($y^{\max}$, M') und (y' , M) abgeleitet.

Eine Analogie zur klassischen Haushaltstheorie würde sich auch beim selbständigen Arzt herstellen lassen, wenn die Produktionsfunktion die Eigenschaften der linearen Homogenität erfüllen würde. Wären

Schaubild 1.1.: Ärztliche Nutzenmaximierung



die Faktorpreise für a , l und k gegeben, so wären die Faktorintensitäten konstant und gleich. Die Transformationskurve würde einer Geraden entsprechen.

Die Krümmung der Transformationskurve (Grenzrate der Transformation) ist üblicherweise umso stärker nach außen gewölbt, je geringer die Substitutionselastizität der Faktoren (Steigung der Isoquante) ist³⁰⁾. In der vorliegenden Darstellung der Transformation von ärztlichem Arbeitseinsatz in Einkommenseinheiten durch Aufgabendelegation sind die Zielgrößen nicht so vollkommen konkurrierend wie in der normalen

Analyse mit Hilfe von Transformationskurven. Delegation von Aufgaben zum Zwecke der Leistungserstellung ist keine Entweder-Oder-Entscheidung bezüglich Einkommen (y) und Freizeit (m). Aber auch hier, bei der Beurteilung der Einkommenssubstitutionsmöglichkeiten einer Praxis, nimmt die Substitutionselastizität der Faktoren eine Schlüsselposition ein³¹⁾. Das Einkommenschöpfungspotential pro ärztlicher Zeiteinheit nimmt mit steigender Substitutionselastizität zu. Grafisch läßt sich dieser Zusammenhang durch eine stärkere Konvexität der Transformationskurve veranschaulichen. Bei der rapiden technologischen Innovation in den ambulanten Praxen kommt diesen Elastizitätsveränderungen besondere Bedeutung zu. Die technologisch bedingte Elastizität determiniert bei gegebenen Preisen und wirtschaftlich effizienter Produktion die abnehmende Rate der Grenzproduktivität der ärztlichen Inputs³²⁾.

Dem ärztlichen Delegationspotential durch Faktorsubstitution sind neben technologischen Restriktionen auch wirtschaftliche Grenzen gesetzt. Durch die zweite Ableitung der Gleichung (9) bzw. (12) können die Determinanten der Krümmungseigenschaften der Transformationskurve erläutert werden.

$$(9a) \quad y_{aa} = \underbrace{p(x_{aa} + x_{ll} l_{aa}^* + x_{kk} k_{aa}^*)}_{-} - \underbrace{(w+e)l_{aa}^* - zk_{aa}^*}_{+}$$

oder

$$(12a) \quad y_{mm} = - \underbrace{[p(x_{aa} + x_{ll} l_{aa}^* + x_{kk} k_{aa}^*)]}_{+} - \underbrace{(w+e)l_{aa}^* - zk_{aa}^*}_{-}$$

Anhand der Gleichung (9a) kann der Einfluß einzelner Entscheidungsvariablen interpretiert werden. Das direkte Wertgrenzprodukt der ärztlichen und der paramedizinischen Faktorleistungen nimmt aufgrund der sinkenden Grenzproduktivität ständig ab. Die pekuniären und nicht-pekuniären marginalen Opportunitätskosten nehmen bei der Produktionsausweitung zu. Der erste Term auf der rechten Seite hat in (9a) ein negatives Vorzeichen, das zweite Glied ist positiv. In Gleichung

(12a) erfolgt lediglich ein Wechsel der Vorzeichen, und die Argumentation wird umgekehrt. Die Transformationskurve zeigt nun die marginale Veränderung des Einkommens bei einer Zunahme der Freizeitbedürfnisse. Damit nimmt zwar das Einkommen aus der ärztlichen Praxis bei zusätzlichen Arbeitsstunden zu, jedoch nur abnehmend bzw. unproportional (der Vorzeichenwechsel innerhalb der eckigen Klammern erfolgt gedanklich wegen des Minuszeichens vor dem Gesamtausdruck in (12a)).

Der geometrische Ort bzw. die Lage der Transformationskurve d.h. des Ordinatenabschnitts des maximalen Einkommenspotentials ($y^{\max}$) unter der Restriktion ($a^{\max} = M$), wird von der Nettoerlös-/Einkommensfunktion, v.a. von dem ärztlichen Konkurrenzlohn und vom Delegationspotential bestimmt. Aber auch den Faktor- und Produktpreisen kommt besondere Bedeutung zu. Dabei sind der Marktanteil und das Volumen der abgegebenen Leistungen (x) wichtig bei der Beurteilung der Ertragskraft einer Arztpraxis.

Wenn die Annahme über die relativen Durchsetzungsmöglichkeiten zugunsten des Kapitalgebers verändert wird, dann müssen die bisherigen Ergebnisse modifiziert werden³³). Die fiktive Einteilung in Faktoreinkommen ($q \cdot a$) und in Gewinneinkommen (π) erlaubt, das Hauhalts-einkommen als

$$(14) \quad y = qa + \pi$$

zu formulieren. Daraus wird die Nettoerlösgleichung aus (8) umgeschrieben als Profitfunktion bzw. als Transformationskurve des Kapitalgebers

$$(8a) \quad \pi = p \cdot x(a, l^*(a), k^*(a)) - (w+e)l^*(a) - zk^*(a) + qa$$

um die gewinnmaximale Faktoreinsatzmenge des Arztes zu ermitteln.

$$(15) \quad \pi_a = p(x_a + x_1 l_a^* + x_k k_a^*) - (w+e)l_a^* - zk_a^* - q = 0$$

oder

$$(16) \quad p(x_a + x_1 l_a^* + x_k k_a^*) = (w+e)l_a^* + zk_a^* + q$$

Im Gewinnoptimum muß die Gleichheit der Grenzkosten (rechte Seite der Gl. 16) und der Grenzerträge (linke Seite der Gl. 16) erfüllt sein³⁴⁾. Ein rein gewinnorientierter Entscheidungsträger würde somit die Produktion soweit ausdehnen, bis der ärztliche Arbeitseinsatz $a^{\pi \max}$ im Schaubild 1.1. entsprechen würde (vertikale Distanz von $(y^{\max}, M')$ und (y'', M) maximiert).

Der ärztliche Faktorpreis ist aber nicht exogen vorgegeben. Vielmehr unterliegt er aufgrund des Residualcharakters den Entscheidungen des Arzt-Unternehmers. Der Arzt kann seine Faktorangebotsentscheidungen diskretionär je nach seinen Vorstellungen über die Schattenpreise bzw. nach seinen Präferenzen hinsichtlich der Konsumwünsche und Freizeitbedürfnisse variieren. Für die Praxis kann folglich kein eindeutiger Expansionspfad ermittelt werden. Die Faktorpreise und die technologischen Substitutionsmöglichkeiten legen lediglich die Faktorintensitäten der übrigen Inputs im Verhältnis zueinander fest. Solange aber die ärztliche Faktorentlohnung diskretionären Entscheidungen unterlegen ist, kann a priori keine eindeutige Beziehung der Faktorintensitäten zur Arztarbeitsleistung determiniert werden.

Der Arzt beobachtet die Beschränkungen seines Zeitbudgets und seiner Präferenzen für Einkommen und Freizeit. Der Tangentialpunkt $e(a^*, y^*)$ im Schaubild 1. zeigt die in Gleichung (13) dargestellte Optimalbedingung auf. Die Punkte s , s' und s'' stellen suboptimale Faktoreinsatzentscheidungen des Arztes dar. Es gilt nämlich

$$(17) \quad \begin{aligned} s': y_m &> -\frac{dy}{dm} \\ s'': y_m &< -\frac{dy}{dm} \end{aligned}$$

Durch die Verringerung seines Arbeitseinsatzes von s'' in Richtung e kann der Arzt auf ein höheres Nutzenniveau (auf Indifferenzkurve i_2) gelangen. In s' ist der Schattenpreis der ärztlichen Zeit noch wesentlich geringer als der durch zusätzliche Arbeitsleistungen erreichbare Zeitpreis der Faktorentlohnung. Es lohnt sich hier, mehr Zeitbudgeteinheiten in die produktive Tätigkeit zu disponieren, um den Nutzen zu erhöhen. Hier wird nochmals deutlich, wie zwar für

den Kapitalgeber-Arzt die Gewinnmaximierung ($a^{\pi \max}, y^{\pi \max}$) eine optimale Situation darstellt, jedoch eine suboptimale Lösung für den nutzenmaximierenden Haushalt bedeutet. Allerdings können einige Anbieter mit sehr hoher Präferenz für Einkommen/Konsum u.U. das Gewinnmaximum als Haushaltsoptimum realisieren³⁵). Eigentlich sind alle Situationen oberhalb des gewinnmaximierenden Punktes (g) auf der Transformationskurve suboptimal sowohl für den Haushalt als auch für den Kapitalgeber. Die wirtschaftliche Effizienz der übrigen Produktionsfaktoren ist zwar gewährleistet, jedoch ist der ärztliche Arbeitseinsatz für den Kapitalgeber übertrieben. Die ungleichgewichtige Situation s ist mit wirtschaftlich ineffizienten Faktoreinsatzkombinationen von a, l und k zu erklären. Von den Veränderungen der Preis-Absatzfunktion, der technologischen Möglichkeiten und der Faktorpreise resultieren Substitutions- und Einkommenseffekte. Diese werden im nächsten Kapitel im Zusammenhang mit den institutionellen Regelungen zur Beeinflussung des ärztlichen Verhaltens auf einem unvollständigen Markt diskutiert.

- 1) Sloan (1974), Reinhardt (1975), Schulenburg (1981) und Zweifel (1982). Die Rolle des Arztes als besonderer Anbieter beruht hier zunächst auf den Eigentümlichkeiten der firmeninternen Allokationsentscheidungen und nicht auf den Besonderheiten der vermarkteten Leistungen. Der Ansatz des letztgenannten Autors wird für die vorliegenden Überlegungen kaum verwendet, da er von paramedizinischen Faktoreinsätzen und ihren Kosten gänzlich abstrahiert. Die Praxis wird in der Arbeit von Zweifel nicht als Unternehmung behandelt, und die Funktion des Arztes als dispositiver Faktor wird gänzlich vernachlässigt. So stellt der Umsatz der Praxis gleich das ärztliche Einkommen dar. Damit ist die Vorgehensweise von Zweifel näher an herkömmlichen Haushaltstheorien, allerdings mit einer diskreten Abhängigkeit von ärztlichen Arbeitsentscheidungen. Die qualitätsbeeinflussende Variation der Behandlungszeit erlaubt es dem Arzt, seine Dispositionen so zu treffen, daß die Einkommensrestriktionen in Zeiteinheiten von ärztlichen Präferenzen determiniert werden. Die Überlegungen und Ergebnisse von Zweifel sind somit für die vorliegenden Effizienzvergleiche nur bedingt anwendbar. Er operiert eigentlich mit der Arbeitsangebots- und nicht mit der Unternehmungstheorie, obgleich er in der Einführung zu seinem Modell die Bedeutung der hohen Substitutionselastizitäten der Faktoren gemäß der Untersuchung von Brown und Lapan (1979) erwähnt. Vgl. Zweifel (1982) S. 83ff.
- 2) Es wird hier vorläufig noch von der ärztlichen Rolle als Sachwalter bzw. Agent des Patienten abstrahiert, weil die Bedeutung der ärztlichen Funktion für die Faktorallokation im Vordergrund steht. Diese Vorgehensweise bedeutet, daß hier die Kontrahierung mit den Patienten und die "Subcontracting" mit substitutionalen oder komplementären Leistungsanbietern, wie z.B. Krankenhäuser, vernachlässigt wird.
- 3) Haynes (1982) S. 12ff.
- 4) Pauly (1979) S. 345.
- 5) Als Vorleistungen der Produktion sind zusätzlich administrative Aufgaben, wie Katalogisierung der Patientenprofile, Terminplanung, Verrechnung und Beschaffung von Medikamenten und Chemikalien notwendig.
- 6) Kwon (1974) beispielsweise variiert sein Modell der privatwirtschaftlichen Krankenhäuser mit einfachen Zusatzannahmen, um unterschiedliche Regulierungen zu berücksichtigen. Diese Vorgehensweise wurde ebenfalls von Göffen (1982) gewählt, obgleich seine Analyse nicht mathematisch orientiert ist.
- 7) In einer Welt mit vollkommener Information wird von der Problematik der Treff- und Interpretationsgenauigkeit der geschilderten Signale abgesehen.
- 8) Ähnlich auch Göffen (1982) S. 109, der berechtigterweise auf die Schwierigkeiten der praktischen Unterscheidung hinweist, die aber notwendig ist. Vgl. auch Reinhardt (1975) S. 98 und 129.
- 9) Cochrane (1971) S. 30-31 nennt in diesem Zusammenhang drei verschiedene Arten von Ineffizienzen: 1) inkorrekte Behandlung, 2) inkorrekte Träger der Behandlung, 3) inkorrekte zeitliche Länge der Behandlung.
- 10) Reinhardt (1972), Smith, Miller, Golladay (1972) und Zeckhauser, Eliastam (1974) hoben mit ihren empirischen Untersuchungen produktivitätssteigerndes Delegationspotential ermittelt, das aber nicht vollständig von den Ärzten ausgenutzt wird.
- 11) Die Ergebnisse mit amerikanischen Daten von Reinhardt (1975) S. 212-213 deuten auf signifikante Gewinnerhöhungen durch kostensenkende Aufgabendelegation hin.
- 12) "... a wide range of firm objectives become realizable, and the particular balance that is struck among these objectives will depend on the relative strength of the different participants in the firm. Of course several of these participants (Owner, manager, labour force) are in the medical firm combined in one individual, but the conflict remains." Evans (1976) S. 35.
- 13) Die Diskussion dieses Aspektes in der allgemeinen ökonomischen Theorie geht auf Tibor Scitovsky (1944) zurück. S.a. Horowitz (1970). Olsen (1973) und Ng (1974) haben den Ansatz erweitert, unter Berücksichtigung des Anheuerns externer Managementkräfte. Sloan (1974) hat diesen Gedanken erstmalig in der Gesundheitsökonomik verwendet, gefolgt z.B. von Reinhardt (1975) und Schulenburg (1981). In diesem Kapitel wird von der von Ng (1974) ausführlich diskutierte Möglichkeit des Kaufs und Verkaufs von Managementleistungen abgesehen. Die folgende Darstellung konzentriert sich ausschließlich auf vollkommene Märkte, weil im Gegensatz zu Sloan (1974) der die Eigenschaften der Einkommens-

transformationskurve in Abhängigkeit von den Nachfrageelastizitäten diskutiert, hier die Darstellung des Einflusses von technologischen Gegebenheiten und der Verlauf der Kurve im Mittelpunkt stehen. Schulenburg (1981) S. 120ff untersucht ebenfalls die Einkommens-/Freizeitkombinationen auf einem vollkommenen Markt, verwendet aber in der grafischen Bestimmung der Optimallösungen eine trade-off Kurve mit variierenden Nachfrageelastizitäten eines imperfekten Marktes und begründet mit einer mißverständlichen Interpretation der Arbeit von Sloan (1974) den sinkenden Teil der Kurve.

- 14) Ladd (1969) S. 479. "Net income is not equivalent to profit. Net income is total receipts minus total outlays; profit is total receipts minus total costs; total costs equals total outlays plus wages of routine management, which the entrepreneur pays to himself." In dieser Arbeit muß zusätzlich die Entlohnung der direkten Produktionstätigkeit berücksichtigt werden. Der Unternehmerlohn beinhaltet beispielsweise die Faktorentlohnung des Kapitals, eine Kapitalrendite, eine Risikoprämie, ein Disagio usw.
- 15) So z.B. Ross (1979), Schulenburg (1981) S. 113ff und Zweifel (1982) S. 61 ff.
- 16) Murrell (1983) S. 283.
- 17) Horowitz (1970) S. 293ff.
- 18) Diese Vereinfachung wird ebenfalls von Reinhardt (1975) S. 137ff vorgenommen. Folglich ist die explizite Berücksichtigung der Praxisräume als Bauinvestition (k) in der Produktionsfunktion notwendig. Die Investitionen in Anlagegüter stecken implizit in der Größe (l).
- 19) Einfachheitshalber kann hier implizit Einzelleistung als Kalkulationsbasis angenommen werden. Für eine beispielhafte Analyse der Abhängigkeit der ärztlichen Entscheidungen von der Honorierungsform bzw. der Preis-Absatzfunktion siehe Schulenburg (1981).
- 20) Die Art, die Nettoerlösfunktion der ärztlichen Unternehmung in eine Einkommens-/Freizeittransformationskurve des ärztlichen Haushaltes zu überführen, geht auf Reinhardt (1975) S. 276-77 zurück. Sein Ansatz dient hier als Ausgangspunkt für die Offenlegung des firmeninternen Entscheidungsprozesses über Faktorallokationen. Allerdings ist im Folgenden, im Gegensatz zu Reinhardts Überlegung, die Erweiterung der Nutzenfunktion um die Größe l, paramedizinisches Hilfspersonal, nicht notwendig, weil die Beschäftigungsentscheidungen des Arztes nicht von "psychic costs and rewards" (S. 273 und 277-79) abhängig sind. Diese nicht-pekuniären psychologischen Kostenkomponenten versuchen in der Arbeit Reinhardts lediglich, die empirisch ermittelte Ineffizienz der Faktorallokation in amerikanischen Arztpraxen zu erklären. In der vorliegenden Analyse entscheidet der Arzt in meßbaren wirtschaftlichen Größen über Beschäftigung und Aufgabendelegation, da diese in Abhängigkeit von den technologischen Möglichkeiten die Einkommens- und Freizeitsituation beeinflussen. Eine zweite Vereinfachung betrifft die Medikamente des Praxisbedarfs, deren Einsatz von Reinhardt explizit aufgeführt wird. Da diese aber lediglich als Vorleistungen der Produktion betrachtet werden können, bedeutet die Berücksichtigung des medikamentösen Inputs keine zusätzlichen Erkenntnisse. Von dem Preis werden hier sodann implizit die Kosten der in der Praxis verbrauchten Medikamente abgezogen, wogegen dieser Vorgang im Modell Reinhardts explizit ist.
- 21) Schulenburg (1981) S. 113ff diskutiert betriebsinterne Effizienzsteigerungen, die durch eine Verlängerung von Warteschlangen entstehen können. S.a. De Vony (et al.) (1982) S. 368ff. Die Produktivität des ärztlichen Produktionsfaktors kann z.B. durch eine Erweiterung der Praxis um zusätzliche Behandlungsräume erhöht werden. Dadurch entstehen dem Patienten u.U. Wartezeitkosten, obwohl er sich vermeintlich in der Behandlung zu befinden glaubt.
- 22) Reinhardt (1978) S. 275.
- 23) Horowitz (1970) S. 294 beschreibt diese Situation: "Just as the consumer is assumed to maximize his utility subject to a budget constraint the entrepreneur is assumed to maximize his utility subject to a transformation constraint."
- 24) Sloan und Lorant (1976) S. 86 bezeichnen diese Entscheidung "physician is both a buyer and a seller of his own input".
- 25) Vgl. z.B. Horowitz (1970) S. 295 und Olsen (1973) S. 393.
- 26) "There is no automatic presumption that the physician wearing his owner's hat will always impose his objectives over himself wearing his manager's or worker's hat..." Evans (1976) S. 35.

- 27) Ng (1974) S. 107.
- 28) Ladd (1969) S. 479 und Fußnote 1 auf der gleichen Seite.
- 29) Olsen (1973) S. 392.
- 30) Sohlen (1976) S. 43ff. Von den bei Newhouse (1978) S. 52 unterstellten sinkenden Skalenerträgen wird hier abgesehen. Wie die gelieferten Überlegungen zeigen werden, ist bei der expliziten Berücksichtigung der "Einkommenstransformation" in der Praxis ein sinkender Teil der Kurve unnötig, um eine einkommensmotivierte Ausdehnung von Arztarbeitsleistungen bis M zu "verhindern".
- 31) Vgl. auch Brown und Lapan (1979).
- 32) Dieses entspricht dem Ergebnis von Reinhardt (1972). Er ermittelte ineffiziente Ausnutzung des Delegationspotentials in amerikanischen Praxen.
- 33) "...owner-determination is required by the profit maximizing model." Evans (1976) S. 35.
- 34) Da die Transformationskurve im Schaubild 1.1. aus der Nettoerlösfunktion der Praxisunternehmung ermittelt wird, bedeutet dieses Ergebnis, daß bei der gewinnoptimalen Arztarbeitsleistung die Steigungen der (y^{max}, M) - und (y', M) -Kurven an dieser Stelle einander gleich sind.
- 35) "...simultaneous profit and utility maximization will be the exception rather than the rule." Olsen (1973) S. 394.

2. Kontrahierung auf dem Markt für medizinische Güter

Der erste Teil dieser Untersuchung abstrahierte zum Zweck der Darstellung praxisinterner Faktorallokationsentscheidungen von möglichen Imperfektionen des vermarkteten Güterbündels. Im folgenden wird diese idealisierte Abstraktion der Umweltkonfigurationen fallengelassen. Es werden die spezifischen, unsicherheitsbedingten und Informationsfriktionen verursachenden Eigenschaften des Marktes für ambulante medizinische Leistungen beschrieben. Die Unvollkommenheit des Marktes, die in der Unfähigkeit deutlich wird, die ihm obliegende Koordinationsproblematik nicht lösen zu können, läßt unterschiedliche institutionelle und gesetzliche Arrangements zur Überwindung der unvollständigen Informationsverarbeitung entstehen. Diese Arrangements betreffen nicht nur die medizinischen Güter und die Bedingungen ihrer Vermarktung, sondern beeinflussen ebenfalls den firmeninternen Produktionsprozeß und somit die Faktorallokationsentscheidungen des ärztlichen Personals.

Im ersten Abschnitt des Kapitels erfolgen grundsätzliche Überlegungen zur Gestaltung der institutionellen und kontraktuellen Bedingungen auf dem Markt für ambulante Gesundheitsleistungen. Der Schwerpunkt wird in dieser Arbeit denjenigen Maßnahmen und Arrangements gelten, die zur Verbesserung der allokativen Effizienz und der Behandlungseffektivität in der ambulanten Versorgung eingeführt sind, obgleich ein Teil der Regelungen einen distributiven Charakter und Ursprung haben mögen. Die allokativen Effizienz und Bedarfsgerechtigkeit soll durch verbesserte Informationsverarbeitung und Qualitätssicherung erhöht werden.

Der zweite Abschnitt legt sodann dar, wie durch institutionelle und vertragliche Beschränkungen der Produktions- bzw. der Preis-Absatzfunktion versucht wird, das Verhalten des Arztes als dispositiver Faktor, Kapitalgeber und Produktionsfaktor zu steuern. Die Offenlegung des systematischen Einflusses dieser Restriktionen auf die relativen Kosten- und Ertragsstrukturen bei der Verwirklichung von wirtschaftlichen Zielen der Ärzte bildet hier den Schwerpunkt. Anders ausgedrückt, der Analysegegenstand dieser Vorgehensweise ist die

Bestimmung der Einkommens/Freizeitmöglichkeiten ("opportunity sets") in Abhängigkeit von regulierenden Maßnahmen. Es wird weiterhin argumentiert, daß die vertragliche Ausgestaltung zu allokativen Zwecken kaum vollkommen und vollständig durchsetzbar sein kann. Folglich können die Ärzte in der Verfolgung ihrer individuellen wirtschaftlichen Ziele zum strategischen Verhalten verleitet werden.

2.1. Transaktionskosten und die Entstehung institutioneller Regelungen

Die dargestellte neoklassische Welt des ersten Kapitels reflektiert nur unzulänglich die Realität der Anbieter und der Nachfrager von ambulanten Gesundheitsleistungen. Die Harmonie des Marktes wird durch umfangreiche Unsicherheiten der Akteure auf beiden Seiten gestört. Kann die Unsicherheit als Fehlen von Information aufgefaßt werden, dann sind, wie beispielsweise bei Arrow¹⁾, die vermarkteten Güter der ärztlichen Praxen als Information i.w.S. zu betrachten, wobei der Arzt als Berater des Patienten fungiert. Aber nicht nur das Produkt als Ergebnis der ärztlichen Bemühungen ist hochgradig durch Unsicherheiten charakterisiert, sondern auch die Bedingungen seiner Produktion und Vermarktung. Im Gegensatz zu den üblichen principal-agent-Verhältnissen ist hier nicht die Quantität²⁾ der Information das zentrale Problem der Abwicklung der Transaktionen, sondern vielmehr die Art und Qualität der, zwischen den Transaktionspartnern übermittelten, Informationen³⁾. Die Unfähigkeit des Marktes zur vollkommenen Informationsverarbeitung kann folgendermaßen skizziert werden.

Die erste Modifikation der Preis-Absatz- bzw. Nachfragefunktion in impliziter Form erfolgt durch die Einführung von Unsicherheit.

$$(1) f(x, p, s) = 0$$

Dabei stellt (s), neben den bereits bekannten Parametern, die Morbiditätswahrscheinlichkeit der relevanten Bevölkerung als stochastische Größe mit der Wahrscheinlichkeitsfunktion $F(s, \bar{s})$ dar. Weder der einzelne Nachfrager, noch der potentielle ärztliche Leistungsanbieter kann die Eintrittswahrscheinlichkeit einer bestimmten Krankheit und ihre Symptomintensität mit hinreichender Genauigkeit antizipieren⁴⁾. Dieses, als Zukunftsunsicherheit zu bezeichnende Phänomen

bedeutet, daß der potentielle Patient seine Erkrankungswahrscheinlichkeit und ihre finanziellen Konsequenzen nicht ex ante in seiner Planung berücksichtigen kann.

Nimmt aber nun ein Nachfrager nach einer eingetretenen Verschlechterung seines Gesundheitszustandes mit einem Arzt Kontakt auf, dann werden die Transaktionspartner mit einer zusätzlichen Art von Unsicherheit konfrontiert. Dieses Phänomen kann als Behandlungs- bzw. Prozeßunsicherheit bezeichnet werden.

$$(2) \quad g(x, a, l, k, u) = 0$$

Dabei reflektiert der Parameter (u) die, die ärztlichen Diagnose- und Therapieentscheidungen prägende, Unsicherheit.

Die Unvollkommenheiten, insbesondere das Fehlen von qualitativen Informationen, verursachen hohe Kosten der Informationsgewinnung und -prozessierung und sind somit eine Ursache zur Entstehung von Transaktionskosten⁵⁾, die die Qualitätssicherung für beide Tauschpartner kostspielig gestaltet. Als Folge dessen entstehen ergänzende institutionelle Formen, um die Unsicherheit der Konsumenten und der Unternehmer in abschätzbare Risiken umzuwandeln und die Qualität der Behandlung zu sichern⁶⁾.

Die betriebliche Planung der ärztlichen Praxis wird durch die nicht abzuschätzende Unsicherheit erschwert, daß der Arzt weder den Erwartungswert, die Varianz, noch die Skewness der Wahrscheinlichkeitsfunktion der stochastischen Größe (s) kennt. Konkret bedeutet dies, daß der Arzt weder die Arten, die Schwere, noch den Zeitpunkt der auftretenden Krankheiten und ihre Verbreitung in der Bevölkerung genau antizipieren kann. Außerdem kann er die Bonität seiner Kunden nicht ohne erhebliche Kosten überprüfen und geht somit auch ein finanzielles Risiko ein, v.a. weil eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eines Patienten mit einem eventuellen Einkommensausfall und einem negativen Einkommensstrom zur Wiederherstellung der Gesundheit verbunden ist, und die Durchsetzung von ärztlichen Forderungen u.U. hohe Kosten verursachen kann.

Die Beschreibung eines Patienten über seinen Zustand kann nur eine

sehr grobe und unvollständige Artikulation der Symptomatik und der Beschwerden für den Arzt sein. Diese ungenaue Wahrnehmung, verschärft durch die diagnostischen Maßnahmen, verschafft dem Arzt Informationen über das Krankheitsbild, die aber unvollständig bleiben. Er ist bei der Entscheidung über die zu produzierenden Leistungen und die für die therapeutischen Maßnahmen einzusetzenden Faktoren in der Folge unsicher. Wegen des Uno-Actu-Prinzips ist außerdem eine Lagerhaltung von Leistungen zur Befriedigung unerwarteter Nachfrageschwankungen so gut wie unmöglich.

Diese Prozeßunsicherheit wird andererseits für den jeweiligen Patienten zur Behandlungsunsicherheit, indem er nicht sicher sein kann, daß der Arzt die notwendigen Maßnahmen gewählt hat, und daß die angebotene Kombination von Leistungen auch fachgerecht produziert wird. Dabei sind die Durchsetzungskosten einer angemessenen Qualität und die Suchkosten eines Vergleichs hoch, die u.U. durch erschwerte Symptomatik noch erhöht werden. Die mangelhaften Möglichkeiten der beiden Marktseiten, Information zu verarbeiten und leistungsgebundene Vereinbarungen zu spezifizieren und zu überwachen, lassen insgesamt ein Marktversagen entstehen.

Die Versuche, die Behandlungsunsicherheiten in der ökonomischen Theorie zu berücksichtigen, können in zwei prinzipielle Ansätze gegliedert werden. Der am häufigsten verwendete Lösungsansatz sieht in der Internalisierung⁷⁾ der hohen Qualität und Behandlungswirksamkeit eine Möglichkeit zur Überwindung dieser Problematik. Dieser Weg wird über Altruismus bzw. Philanthropie als zentrale Verhaltensannahme beschrieben⁸⁾. Es wird unterstellt, der Arzt als Agent beziehe einen besonderen Nutzen aus dem Wohlergehen seiner Patienten⁹⁾. Analytisch wird die Qualitätssicherung durch einen proxi über Behandlungserfolg oder Reduktion der Sterbewahrscheinlichkeit in der Nutzenfunktion als nutzenstiftendes Gut angenommen.

Formal gleichwertig, aber inhaltlich völlig verschieden, ist der Ansatz, die Prozeßunsicherheit durch qualitative Restriktionen der Nutzenmaximierungskalküle der ärztlichen Leistungsanbieter zu beschränken¹⁰⁾. Mit folgenden Überlegungen wird gezeigt, daß das Un-

sicherheitsproblem durch eine altruistische Qualitätsannahme per definitione von der ökonomischen Betrachtung ausgeschlossen wird und daher eine folgenschwere Vereinfachung der Analysesituation darstellt.

Idealtypisch ist ein altruistischer Arzt ein besonderer Agent, der die Wünsche und Bedürfnisse seines Auftraggebers so zu erfüllen versucht, wie sein Mandant sie erfüllen würde, wäre er im vollen Besitze des ärztlichen Fachwissens und der medizinischen Technologie. Diese Form von Arzt-Patienten-Verhältnis bedeutet, daß der Arzt die gesundheitlichen Bedürfnisse des Patienten völlig verinnerlicht hat und dadurch die Effizienz der Transaktionsabwicklung auf dem Markt steigt, weil die, dem Patienten beengenden Unsicherheiten über die Effektivität der Behandlung beseitigt werden¹¹⁾. Das bedeutet, daß die Ärzteschaft und die potentiell zu versorgende Population einen Vertrauensvertrag zur Reduzierung der Unsicherheit und der informationsbedingten Transaktionskosten abschließen¹²⁾. In der Theorie der Eigentumsrechte bezeichnet man solche Abkommen als implizite Verträge, die aufgrund ihres besonderen Charakters vorwiegend aus Traditionen und sozialen Normen abgeleitet werden¹³⁾.

Die impliziten Kontrakte determinieren die Randbedingungen der Tauschmöglichkeiten der Transaktionspartner, jedoch nicht eine bestimmte Form des Tausches. Sie entsteht erst durch die aktuellen Verhandlungen der Transakteure. In diesem Fall ist - als vielleicht ältester impliziter Vertrag auf dem Markt für medizinische Leistungen - der Hippokrates-Eid zur Absicherung eines ethischen, Behandlungsqualität garantierenden, ärztlichen Verhaltens zu betrachten. Soziale Institutionen wie Verhaltens- und Moralkodex des ärztlichen Standes sollen eine erhöhte Markteffizienz und eine verbesserte Informationslage der Patienten bewirken¹⁴⁾. Die Unterstellung einer altruistischen Gesinnung der ärztlichen Anbieter reduziert die Kosten der Transaktionen für den Patienten, indem der implizite Vertrag eine Garantie und eine qualitative Standardisierung zum Schutze des Konsumenten, unabhängig von seinem Einkommenspotential bzw. seiner Zahlungsfähigkeit, bietet.

Eine Funktionsfähigkeit der impliziten Verträge zur Qualitätssicherung und erhöhten Markteffizienz setzt aber auch voraus, daß die Internalisierung der Verhaltensmuster bis zu einem signifikanten Grade tatsächlich für den Patienten die kostengünstigste Form der Standardisierung der Transaktionsbedingungen ist. Die Probleme der Normabweichung sind umso weniger ausgeprägt, je mehr die Normerfüllung als direkt nutzenstiftend empfunden wird. Für die ökonomische Analyse ist nun von Bedeutung, inwieweit die Internalisierung der sozialen Normen tatsächlich angenommen werden kann (bzw. ärztlicher Sozialisierungsprozeß eines moralischen Verhaltens) und somit die Marktbedingungen verbessert und die Transaktionskosten der Nachfrager zu senken vermag. Sonst existiert gegen eine unbefriedigende Erfüllung der Verträge und Tauschakte kein Schutz und die Transaktionskosten der Patienten steigen.

Analytisch gesehen ist die Behandlung des ärztlichen Sozialisierungsprozesses entweder als Handlungsbeschränkung oder als Präferenz vom Grad der Standardisierbarkeit und der Internalisierung der Qualitätsnormen abhängig¹⁵⁾. Die Anwendbarkeit von Altruismus als eine Zielgröße des ärztlichen Handelns, die auch die sachgerechte Behandlung garantieren sollte, setzt formal gesehen voraus, daß das Gut in der Nutzenfunktion als superiores Gut behandelt wird. Sieht man von den unrealistischen Fällen der puresten Philanthropie ab¹⁶⁾, dann treten neben den altruistischen Zielen ebenfalls Einkommen und Freizeit als Nutzenkomponente auf, deren Verwirklichung die Behandlungsqualität gefährden könnte. Denkbar ist zum Beispiel eine Überschubnachfragesituation, in der der Arzt, anstelle zusätzliche Patienten zu behandeln, die Verwirklichung seiner Freizeit vorzieht. Ebenfalls ist eine Diskriminierung nach Zahlungsfähigkeit der Nachfrager zur Verfolgung der eigenen Einkommensziele eine Möglichkeit, die moralischen Verpflichtungen der impliziten Verträge zu verletzen. Überdies können z.B. einkommensmotivierte Aufgabendelegationen an nicht-ärztliches Praxispersonal den Behandlungs- und Heilungserfolg gefährden, ohne daß der Patient noch intervenieren könnte. Da außerdem v.a. Freizeit oft als superiores Gut in der ökonomischen Theorie betrachtet wird, qualifiziert sich eine unterstellte Internalisierung des medizinischen Berufsethos als Qualitätssicherung nur unvollstän-

dig, weil diese beiden Ziele stark konkurrieren. Um tatsächlich eine fachgerechte und sachgemäße Behandlung garantieren zu können, müßte Qualität in die Präferenzskala lexikographisch als vordringlichstes Ziel jeglichen ärztlichen Verhaltens aufgenommen werden¹⁷⁾.

Gemäß der bereits recht umfangreichen Literatur zu impliziten Verträgen¹⁸⁾ können die vorangestellten Überlegungen zu den ungenügenden Eigenschaften der altruistischen Indoktrination des medizinischen Standes als Konsumentenschutz theoretisch untermauert werden. Das prinzipielle Problem der impliziten Kontrakte liegt in ihrer mangelhaften Durchsetzbarkeit bei ungenügender bzw. prohibitiv kostspieliger Informationsverarbeitung¹⁹⁾. Der Arzt als Vertragspartner kann die erwarteten Tauschbedingungen verletzen, um seinen individuellen Nutzen aus der Transaktionsbeziehung zu erhöhen, wenn ihm keine bedeutenden Sanktionen drohen²⁰⁾. Außerdem werden die Folgekosten eines Vertragsbruchs vom Patienten getragen. Sind die Tauschbedingungen eines Marktes ausschließlich durch implizite Verträge gegeben, dann ist eine potentielle Kündigung des Vertragsverhältnisses die einzige sanktionierende Maßnahme zur Erreichung eines normenkonformen Verhaltens des Anbieters.

Die Effizienz einer Drohung wird durch die Entdeckungsgefahr und durch das Drohungspotential determiniert. Die Entdeckungswahrscheinlichkeit eines qualitätsdefekten Leistungsangebots ist wegen der Heterogenität der Leistungen, der geringen Häufigkeit des Wiedererwerbs, des mangelnden Informationsaustausches zwischen den potentiellen Nachfragern und der Langfristigkeit der patientengebundenen Gesundheitsproduktion bei den medizinischen Gütern mit hohen Informations- und Überwachungskosten über das Angebotsverhalten verbunden. Die Qualität ist außerdem erst post faktum zu beurteilen. Die Wirksamkeit des Drohpotentials hängt davon ab, ob die erwarteten abdiskontierten Quasi-Renten aus dem Weiterbestehen der Transaktionsbeziehung die unmittelbaren Erträge des normabweichenden Verhaltens übersteigen²¹⁾.

Der Erwartungswert des Ertragsverlustes aus einer gekündigten langfristigen Geschäftsbeziehung wird durch die Kosten und die Effizienz

der Informationsverarbeitung der Nachfrager mitbestimmt. Je höher außerdem die Kosten der Produktion des Qualitätsniveaus sind, das vom Nachfrager als Abweichung von dem versprochenen Standard entdeckt werden kann, umso geringer sind die Anreize zur qualitätsdefizienten Leistungserstellung²²⁾. Die Patienten werden nur mit hohem Ressourcenaufwand die, von der kontraktierten abweichende Qualität entdecken. Damit ist der Erwartungswert des negativen Einkommensstroms aus den marktmäßigen Sanktionen bzw. den Opportunitätskosten der Qualitätsabweichung niedrig. Der unmittelbare Ertrag einer abweichenden Produktionsentscheidung liegt dagegen tendenziell hoch, wobei alternative Honorierungsformen aufgrund der unterschiedlichen Kalkulationsbasen in verschiedene Richtungen wirken und verschiedene Intensitäten aufweisen können,

Es ist allerdings kaum vorstellbar, daß die hier untersuchten wirtschaftlich motivierten Verletzungen der impliziten Kontrakte tödliche Folgen haben sollten. Die Vertragsverletzungen bedeuten hier Abweichungen von der Erfüllung der Präferenzen eines voll informierten Patienten²³⁾. Es ist also ein von einem perfekten Agenten abweichendes, medizinisch nicht voll vertretbares Verhalten zu erwarten²⁴⁾, wenn keine wirksamen Sanktionsmechanismen existieren. Die Berücksichtigung von individueller Risikoaversion ist dabei immer soweit notwendig, wie die Sanktionen für die Verletzung der Qualitätsstandards wirtschaftliche Konsequenzen haben.

Wegen der mangelnden Erfüllung der impliziten Kontrakte²⁵⁾ versagt Altruismus als Allokationsinstrument, und der Markt löst die ihm übertragenen Koordinations- und Kontrollaufgaben zur Abwicklung der Transaktionen nicht vollständig. Wird angenommen, daß die Kosten und Erträge alternativer Verhaltensweisen die Entscheidungen der Wirtschaftssubjekte steuern, dann verschleiert die Annahme der Erfüllung der Qualitätssicherung durch altruistische Ziele der Ärzte die eigentlichen ökonomischen Probleme auf dem Markt für Gesundheitsleistungen. Ross²⁶⁾ beispielsweise erkennt die prinzipielle analytische Alternative, das ärztliche Verhalten von unterschiedlichen kontraktuellen Arrangements restringiert zu untersuchen. Er verwirft

diesen Ansatz jedoch zugunsten des Altruismus als Nutzenargument mit dem Hinweis auf die hohen Kosten der Durchsetzbarkeit der institutionellen Verträge. Damit wäre per Annahme jegliches strategische Verhalten der Ärzte ausgeschlossen, weil keine kosten- und ertragsgebundenen Erwägungen der Normkonformität berücksichtigt werden. Weil die, dem medizinischen Markt anhaftenden Unsicherheiten nicht allein durch Marktkräfte gelöst werden, haben sich eine Vielzahl von Institutionen als ergänzende Allokationsinstrumente entwickelt, um die Probleme des Tausches zu lösen²⁷⁾.

In der folgenden Tabelle werden die grundsätzlichen Möglichkeiten zur *à priori* Senkung der allgemeinen Unsicherheiten, zur Spezifikation der Leistungen und zur Durchsetzung von Qualitätssicherung durch verbesserte Informationsverarbeitung auf dem Markt für medizinische Leistungen dargestellt²⁸⁾. Dabei werden die Motive beider Marktseiten am Zustandekommen der jeweiligen Formen von kontraktuellen Beziehungen hervorgehoben. Es ist zu beachten, daß der Darstellung folgende Vorstellung zugrundeliegt. Diese allgemeinen, in allen Systemen beobachtbaren Institutionen sind zur Senkung von Transaktionskosten, d.h. zur Erhöhung der allokativen Effizienz entstanden. Eine systemspezifische Ausgestaltung kann aber durchaus distributive Ziele und Motive einer Tauschseite beinhalten.

Die Formen und die Verbindlichkeit der einzelnen Maßnahmen variieren zwischen verschiedenen existierenden medizinischen Versorgungssystemen. So kann das Pooling zur Senkung des individuellen Risikos privatwirtschaftlich auf freiwilliger oder gesetzlich vorgeschriebener Basis erfolgen, oder die Legislative kann eine öffentlich-rechtliche Pflichtversicherung in der Form einer Solidargemeinschaft vorschreiben. Die Ärzte und Patienten sind gleichermaßen an der Entstehung finanzieller Arrangements zur Versicherung gegen Krankheitsrisiken interessiert. Die Nachfrager reduzieren damit ihre individuellen finanziellen Risiken und die Konsequenzen zukünftiger Ereignisse, d.h. die Transaktionskosten zwischen gegenwärtigen und zukünftigen "states of the world". Überdies geben die Versicherten die Folgen der eventuell unvollständigen Preisbildung auf dem Markt an die Drittfinanziere durch Versicherungsarrangements ab. Eine Versicherung

Tabelle 2.1.: Gestaltungsmöglichkeiten institutioneller Rahmenbedingungen zur Senkung von Unsicherheit auf Märkten für medizinische Leistungen

	Typus von Reduzierung der Unsicherheit (zum Risiko)	Prozeßunsicherheit (Behandlungsrisiko)		Zukunftsunsicherheit (Finanzielles Risiko)	
ANBIETER	Methode	a) Spezialisierung b) Haftpflichtversicherung		a) Drittfinanzierung b) Spezialisierung	
	Ziele	a) Qualitätserhöhung durch berufsinterne Arbeitsteilung. b) Verminderung der Erwerbs- und Umsatzrisiken aus möglichen malpractice.		a) Verminderung der Durchsetzungskosten der Einkommenssicherung b) Erhöhung der Planbarkeit der potentiellen Nachfrageströme	
NACHFRAGER	Methode	Professionalisierung der Anbieter		Drittfinanzierung (Risiko-Pooling)	
	Ziele	Sicherung gegen unfachgemäße und ineffektive Behandlung und Konsumentenschutz. Senkung der Durchsetzungskosten.		Verminderung der Unsicherheiten bezüglich zukünftiger Ereignisse und ihre finanziellen Konsequenzen. Preisschutz. Qualitätskontrolle durch Versicherungsträger. Senkung der Informationskosten.	

besitzt bessere Möglichkeiten, die Informationen über die Preise zu verarbeiten und ist gegenüber den Leistungsanbietern stärkerer Verhandlungspartner als einzelne Patienten²⁹⁾. Dem Anbieter werden die Durchsetzungskosten des Eintreibens von Forderungen reduziert, bzw. sind Forderungen kaum von einer Unsicherheit belastet³⁰⁾. Diese Verbesserung der Forderungsposition gilt insbesondere für Versicherungsarrangement auf Sachleistungsprinzip. Bei einer privatwirtschaftlichen Versicherung ohne direkte Beziehung zwischen dem Arzt und Finanzierungsträger, mit Kostenerstattung an den Patienten, wird das Forderungsrisiko nicht unbedingt reduziert. Außerdem entsteht

durch das Versicherungsarrangement eventuell ein neuer Typus von Transaktionskosten, weil der Finanzierungsträger, wegen der entstandenen "perversen" Anreizstrukturen, das Problem der Überwachung von Patienten- und Ärzteverhalten lösen muß.

Hieran knüpft sich ein weiteres Argument gegen die Anwendung altruistischer Ziele in der Nutzenfunktion. Die Entstehung von Drittfinanzierungsarrangements ermöglicht es dem Arzt, die häufig unterstellte philanthropische Preisdifferenzierung³¹⁾ aufzugeben. Er funktioniert nicht mehr als altruistischer, umverteilender Intermediateur zwischen den verschiedenen Einkommensklassen³²⁾, sondern tritt diese Aufgabe der "cross-subsidization" an die Versicherung ab. Der Arzt gibt die Möglichkeit der lukrativen aber unsicheren Preisdifferenzierung auf, um jedem Patienten über die zuständige Versicherung einen festgesetzten aber sicheren Preis abzurechnen. Diese Veränderung kann eine sekuläre "deterioration" von altruistischen Moralvorstellungen aufgrund veränderter wirtschaftlicher Umweltbedingungen zur Folge haben³³⁾. Eine ähnliche Demoralisierung bedeutet auf der Nachfrageseite das Phänomen des moral hazard. Die Versicherungsträger, die hierbei primär das Zukunftsrisiko poolen, haben natürlich auch Interesse an Qualitätssicherung der Behandlung. Sie wollen unnötige Leistungen vermeiden, aber auch wegen der potentiellen Folgekosten die Möglichkeit von zu geringem Leistungsumfang reduzieren.

Die Professionalisierung als Methode zur Qualitätssicherung und zur Durchführung der effektiven Behandlung kontrolliert, neben der Leistungserstellung, die Marktzutrittsrechte neuer, potentieller Anbieter. Nach Friedman kann die Kontrolle des Marktzutritts die Form von Registrierung, Zertifikation und Lizensierung annehmen³⁴⁾. Allokativ könnten diese Marktzutrittsbeschränkungen als qualitätssichernde Preisprämien interpretiert³⁵⁾ werden, die den Anbietern aufgrund eines gesellschaftlichen Kontraktes zum Schutz der Patienten einen Strom von Quasi-Renten gewährt. Dieses wäre aber immer noch ein Typ von impliziten Verträgen, und die Preisprämien der Konformität müßten gemäß der vorangestellten Überlegungen besonders hoch sein, um mit befriedigender Sicherheit die Qualitätsstandards durchsetzbar zu gestalten.

Die Standesorganisationen, aber auch die Versicherungen und die Legislative erlassen aus diesem Grunde explizite Vorschriften zur Erfüllung von Leistungsqualität und über Sanktionsmöglichkeiten bei fehlerhaftem Verhalten, weil die Professionalisierung, ärztliche Fortbildung und die Internalisierung des Standesethos nicht als solche die Einhaltung von qualitativen Standards garantieren³⁶⁾. Analytisch bedeuten diese Maßnahmen eine Erhöhung des Erwartungswertes des Ertrages durch langfristige Normenkonformität. Mit der Einführung institutioneller Sanktionierung eines qualitativ abweichenden Leistungsverhaltens wird nämlich die Eintrittswahrscheinlichkeit von Sanktionen erhöht, und somit steigen die Opportunitätskosten eines Vertragsbruches. Der Erwartungswert der sofort realisierbaren Erträge aus einer Vertragsverletzung bleibt gleich. Somit kommt dem individuellen ärztlichen Entscheidungsträger eine Qualitätsabweichung wirtschaftlich weniger attraktiv vor, weil der wirtschaftliche Nutzen der Vertragseinhaltung (d.h. die Kosten der Devianz) relativ zu den Nutzen aus Vertragsverletzung wegen expliziter Überwachung einer dritten Seite gestiegen ist. Der erwartete Nettoertrag aus einer Qualitätsabweichung wird reduziert. Gemäß seiner Präferenzen für Risikoaversion wird er sich dann zwischen normenkonformem oder -abweichendem Verhalten entscheiden.

Die Approbation, die von verschiedenen beteiligten Drittinstanzen als Marktzugangsregelung wahrgenommen werden kann, soll durch die vorausgesetzte Beherrschung der Ausbildungsstandards ein gegebenes Niveau der fachlichen Kompetenz gewährleisten³⁷⁾. Diese Einschränkung der Marktzugangsrechte der selbständig entscheidungsbefugten Anbieter in den ambulanten Versorgungsbereichen hat das Ziel, eine hohe, die Unsicherheit der Konsumenten reduzierende, Behandlungsqualität ex ante zu sichern.

Wie bei Normen und Vorschriften im allgemeinen bedürfen auch hier die Kontrollinstanzen Möglichkeiten zur Sanktionierung, um die Überwachung und die Durchsetzung von Regelungen zur Qualitätssicherung ex post abzusichern³⁸⁾. Die Haftung des Arztes kann im Extremfall den Entzug der Approbierung (Widerruf des Niederlassungsrechts) oder unterschiedliche Schadensersatzregelungen beinhalten. Dabei

ist der Tatbestand einer ungenügenden Sollerfüllung (bzw. Abweichung von einem erwarteten Zustand) bei der Genesung eines Patienten der Auslöser für eine mögliche Sanktionierung. Prinzipiell wird bei diesen negativen Anreizen zwischen ergebnis- und prozeßorientierten Bestrafungen unterschieden³⁹⁾. Bei einer Sollabweichung im Falle der ergebnisorientierten Sanktionierung reicht der bloße Sachverhalt als Evidenz für die Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflicht und als Tatbestand für eine Strafe aus. Bei prozeßorientierten Sanktionen wird vor der Entscheidung über das Vorliegen einer möglichen Vertragsverletzung der Verlauf der Behandlung medizinisch überprüft⁴⁰⁾.

Neben den eingeschränkten Marktzugangsmöglichkeiten werden von den regulierenden Instanzen auch explizite Regelungen über Dispositionsrechte in der Produktion erlassen. Die tatsächliche Ausgestaltung der Handlungsrechte bzw. Weisungsbefugnisse der Entscheidungsträger wird, außer durch den Umfang erlaubter Technologien durch die Variation sonstiger Eigentumsrechte im Hinblick auf das Delegationspotential in der Produktion bestimmt. Diese Vertragsbedingungen zur Abschwächung der Managementbefugnisse in der Herstellung von diagnostischen und therapeutischen Leistungen dienen der ex ante-Sicherung der Prozeßqualität. Die Einschränkung der Aufgabendelegation soll den Arzt zur Einhaltung seiner Pflichten als Agent des Patienten bei der Herstellung des medizinischen Güterbündels bewegen.

Die allgemeinen theoretischen Überlegungen zur Reduzierung unternehmerischer Risiken durch Spezialisierung und somit notwendiger Produktdiversifikation gehen auf Frank Knight⁴¹⁾ zurück. Durch interne Arbeitsteilung des Berufsstandes werden die Nachfrageströme des individuellen Arztes planbarer. Er versorgt eine spezifische Population mit speziellen Produkten und reduziert somit seine Unsicherheit bezüglich der Größe (s). Wird er z.B. von einem Patienten mit teilweise fachfremden Symptomen aufgesucht, kann er diese Leistungen über "sub-contracting" bei einem dafür geeigneten Spezialisten erwerben. Um Produktionsunsicherheiten zu senken, wird der Berufsstand zur Spezialisierung motiviert. Ein Facharzt mit Spezialkenntnissen kann die artikulierten Beschwerden für diagnostische Zwecke differenzierter analysieren und interpretieren. Das Risiko des Ein-

tretens malpractice-bedingter negativer Einkommensströme und Erwerbsverluste wird reduziert. Bei zunehmender Komplexität der Beschwerdesymptomatik kann nämlich die Wahrscheinlichkeit einer fehlerhaften Diagnose- und Therapieentscheidung steigen. Außerdem kann der Arzt gegen eine Prämie eine Haftpflichtversicherung erwerben, um eine potentielle Schadenssumme zu reduzieren.

Die Bedeutung von Transaktionskosten und ihrer institutionellen Beseitigung als eines der zentralen Probleme auf dem Markt für ambulante medizinische Leistungen führt nun zu einer Betrachtung der Wirkung und Wirksamkeit von expliziten Verträgen für Effektivität und Effizienz der Behandlung⁴²⁾.

- 1) Arrow (1963) S. 946. Der ambulante Arzt als Agent des Patienten verkauft wie z.B. ein Managementconsultant vorwiegend Informationen zur Verbesserung eines, als unbefriedigend empfundenen Zustandes.
- 2) Holmström (1979) beispielsweise untersucht Situationen, in denen die quantitativen Dimensionen der Informationsübertragung die entscheidende Rolle für die Ergebnisse der principal-agent-Verhältnisse spielt.
- 3) Pauly (1980) S. 6. Oder allgemeiner: "The major sources of market transaction difficulties are uncertainty and informational asymmetries." Hesse (1983) S. 4.
- 4) In der Terminologie Zweifels (1982) S. 73 bedeutet dieses, daß der charakteristische Parameter der Dichtefunktion ($\bar{s}$) bzw. das mittlere Symptommiveau dem Arzt unbekannt ist.
- 5) Nach Arrow (1977) S.68-69 und 77-78 ist die Entstehung von Transaktionskosten ein verallgemeinerter Ausdruck für das Phänomen des Marktversagens. Gåfgen (1983) S. 8 zeichnet prägnant die Ursachen der entstehenden Transaktionskosten: "Ressourceneinsätze zur Herbeiführung und Durchführung einer Transaktion ergeben sich aus: Informationssuche und -verarbeitung, Verhandlungsprozessen bis hin zur Spezifizierung von Vereinbarungen, Überwachung und falls dann nötig Sanktionierung der Durchführung, Anpassung unvollkommen spezifizierter Inhalte an neue Situationen." Dieses entspricht auch der Formulierung von Coase (1960) S. 15.
- 6) Diese Entwicklung formuliert Arrow (1963) S. 947: "...the special structural characteristics of the medical-care market are largely attempts to overcome a lack of optimality due to nonmarketability of the bearing of suitable risk and the imperfect marketability of information."
- 7) Hiermit ist die Internalisierung im soziologischen Sinne gemeint. Vgl. Gåfgen (1983) S. 8.
- 8) "...norms of social behavior, including ethical and moral codes...are reactions of society to compensate for market failures," Arrow (1977) S. 79.
- 9) Beispielsweise Ross (1979), Schulenburg (1981), Zweifel (1982), Evans (1976) S. 47 sieht diesen Sachverhalt sehr pragmatisch. "Physicians are not altruists. But if we include patient welfare as one of the physician's objectives it enables us to explain why the physician does not "go to the limit" in generating demand, rising price (in a private market) and providing only those services which maximize return per hour (in a fixed price system)."
- 10) Münnich (1982 mimeo) ist dem Verfasser einzig bekannter Autor, der mit diesem Konzept operiert. Seiner Auffassung nach soll die Qualitätssicherung lediglich den medizinischen Erfolg garantieren und kein Ziel des ökonomischen Handelns der Ärzte sein.
- 11) "...to the extent to which the physician has internalized this ethical code there is a gain in efficiency from the consequent absence of the requirement that the code be enforced and the physician monitored. By internalizing the ethical code, the physician now derives personal satisfaction from curing the patient, or, perhaps from simply being faithful to the code." Ross (1979) S. 192. Am extremsten formuliert Schulenburg (1981) S. 114 den Grad der Internalisierung: "H (Behandlungserfolg, Anm. d. Verf.) ist exogen festgelegt und damit nicht Aktionsparameter des Arztes."
- 12) Alternative Bezeichnungen dieses Sachverhaltes sind: "Implicit trust" und "social bonds" Arrow (1963) S. 949 bzw. 966. "Ausbildungsbedingte Indoktrination", Zweifel (1982) S. 65. "Versuch der Moral Suasion", Pauly (1980) S. 5.
- 13) "...contracts may be implicit in which case they are usually called customs or traditions, or they may be explicit and called laws and rules." Umbeck (1981) S. 3. Vgl. auch Klein und Leffler (1981) S. 634.
- 14) "Honesty, trustworthiness, and love reduce the cost of transactions..." Posner (1977) S. 185.
- 15) Dieses entspricht den allgemeiner formulierten Vorstellungen von Gåfgen (1983) S. 8.
- 16) Die Nutzenfunktion würde sodann ausschließlich das Wohlergehen des Patientenstammes als Argument beinhalten.
- 17) Der Mediziner Schulten (1966) S. VIII. "Wer sich über die ethische Haltung der Ärzte genauere Gedanken gemacht hat, erwartet auch wohl kaum eine überdurch-

- schnittlich hohe Moral, Er wäre mit einer anständigen Grundhaltung durchaus zufrieden. Wenn ich es ablehne, für uns Ärzte eine Sonderethik zu postulieren, so schließt das natürlich nicht aus, daß an jeden Arzt eine Reihe besonderer ethischer Forderungen gestellt werden, die allerdings vielfach mehr juristische Postulate sind."
- 18) Obwohl diese Theorie vorwiegend für agency-principal-Verhältnisse in intertemporalen Modellen des Arbeitsmarktes, also für quantifizierbare Informationsverarbeitung entwickelt und angewandt worden ist (vgl. z.B. Hohn (1982) S. 76ff für einen kurzen inhaltlichen, kritischen Überblick, s.a. Hart (1983), der die Theorie mehr vom analytisch-formalen Standpunkt darstellt), haben z.B. Harris und Raviv (1978) eine interessante und breitere Anwendbarkeit für qualitative Informationsprobleme durch Analyse auf Märkten für Krankenversicherungsarrangements gezeigt.
 - 19) Hart (1983) S. 23. "...if one appeals to the idea of an implicit contract, one has to say how it is enforced."
 - 20) Bull (1983) S. 658ff. Lindenberg (1983) S. 451 bezeichnet die Kontrolle der Internalisierung als "sociologist's dilemma", "There are moral rules (norms) and they are 'internalized' by the individual so that he feels obliged to follow the rules, there is no weighing of costs and benefits regarding the moral course of action...Moral rules are, according to sociological orthodoxy, always stabilized by 'sanction'...How can sanctions have any effect on conformity with moral rules if consideration of costs and benefits of this conformity is said to be absent...".
 - 21) Klein (1980) S. 358.
 - 22) Klein und Leffler (1981) S. 636.
 - 23) Eine solche Ansicht vertritt ebenfalls Pauly (1980) S. 6.
 - 24) Der Mediziner und Gesundheitsökonom Milton Roemer (1976) S. 954 sieht Evidenz für die Unzulänglichkeit der impliziten Verträge: "If there were not so many unnecessary hospital days, unjustified surgical operations, needless injections, superfluous tests, and their associated spiraling costs, we could rest content with calm faith in the wisdom and integrity of the health care professions, but the evidence of these abuses is overwhelming." S.a. Kocher und Rentschick (1980) S. 138ff.
 - 25) Hier ist auf den Unterschied zwischen ärztlichem "Treu und Glauben" und dem rechtsgezwungenen Altruismus hinzuweisen. Der letztere nimmt die Form von Regelungen durch standesrechtliche, strafrechtliche und Schadensersatzsanktionen in malpractice-Fällen. Diese werden weiter unten diskutiert.
 - 26) Ross (1979) S. 182.
 - 27) Williamson (1979) S. 237 bezeichnet die Rahmenbedingungen solcher Transaktionen als "neoclassical contracting". "Not every transaction fits comfortably into the classical contracting scheme. In particular, longterm contracts executed under conditions of uncertainty are ones for which complete presentation is apt to be prohibitively costly if not impossible...a different contracting relation which preserves trading but provides for additional governance structure might be devised."
 - 28) Die Überlegungen entsprechen den allgemein für alle Märkte formulierten, alternativen "regulatory means" von Breyer (1982) S. 191-196, aber auch denen von Peltzman (1981) über "creeping-realism", wonach Marktversagen und "capture models" komplementäre Erklärungsansätze der Regulierung sind.
 - 29) "Es werden daher Arrangements gewählt oder zusätzlich neu geschaffen, welche zwar ihrerseits Kosten verursachen, aber die Ausnutzung der Unwissenheit oder des Auslieferungseins des Partners verhindern. Bei solchen Arrangements gibt es wie bei anderen Technologien mögliche Skalenvorteile, z.B. wenn dritte Instanzen oder Behörden Überwachungs- und Durchsetzungsfunktionen übernehmen und so eine bessere oder kostengünstigere "Beherrschung" (governance im Sinne von Williamson) von Vertragsbeziehungen ermöglichen." Güfgen (1983) S. 9.
 - 30) So berichten Soderstrom (1978) und Sommer (1983), daß bei der Verstaatlichung der Finanzierung der ambulanten Versorgung in Kanada die durchschnittlichen Honorare um 10-15% gesenkt wurden, mit der expliziten Argumentation der Beseitigung von nicht-eintreibbaren Forderungen. Es wurde also eine Art staatliche "Factoring" eingeführt, und somit wären die Honorarsenkungen als Preis für diese Dienstleistung zu interpretieren.

- 31) Z.B. das Modell von Ruffin und Leigh (1973).
- 32) "...da bei Honorardifferenzierung aufgrund von Wohltätigkeit auch solche ("arme") Patienten versorgt werden, deren Zahlungsbereitschaft nicht den Opportunitätskosten der Arztleistung entspricht." Schulenburg (1981) S. 191.
- 33) Lindenberg (1983) S. 463ff.
- 34) Friedman (1982) S. 144. Gerade im Hinblick auf die Marktzutrittsregelungen in die medizinischen Berufe argumentiert Friedman, daß die weite Verbreitung der extremen Marktzugangsregelung der Lizenzierung aus Einkommensinteressen des Berufsstandes herrührt. (Ebd. S. 140). So auch u.a. Feldstein (1979) S. 327ff. Wie allerdings Paul (1982) anhand einer empirischen Schätzung gezeigt hat, ist Lizenzierung keine hinreichende Bedingung für Renten aus Marktzugangsbarrieren. Er ermittelte signifikante Einkommensunterschiede zwischen denjenigen amerikanischen Bundesstaaten, in denen die Standesorganisation über die Lizenzierung verfügt und in denen die Regierungsbehörden über die Marktzutritte entscheiden.
- 35) Wie Klein und Leffler (1981) S. 618 zeigen, geht diese Überlegung bereits auf Adam Smith zurück. Schlesinger (1983) interpretiert diese Prämien als Risiko- und Versicherungskostenzuschläge für Haftpflicht im Fall der Existenz von malpractice-Klagen.
- 36) "Regulating is essentially an information generating process in environments with asymmetric distribution of information...Thus an institution has to be set up to collect certain data on the regulated industry, which is then used to enforce certain rules pertaining to efficiency and equity." Finsinger und Vogelsang (1981) S. 388.
- 37) "...educational standards and tests for licensure affect primarily the competence of physicians...". Shavell (1978) S. 55.
- 38) "...while the risk of legal and professional sanctions following medical accidents provides incentives which affect not only competence but adequacy of care." Shavell (1978) S. 55.
- 39) "The advantage of process-oriented incentive system over an outcome-oriented system is that former reduces the risk borne by physicians since penalties are imposed only when there is negligence. (But the possibilities for physicians to insure themselves against the penalties of an incentive system must be taken into account)". Shavell (1978) S. 49.
- 40) Die medizinische Überprüfung obliegt in der Regel einer Gruppe von Berufskollegen. Die endgültige Entscheidung nach der Beweisführung wird aber vor einem Gericht gefällt. Die Anreizwirkung der Sanktionen in Europa ist wenig untersucht und angewandt worden. Vgl. z.B. Stobrawa (1983) S. 59-64.
- 41) Knight (1971) S. 255ff. Außerdem erhoffen sich einige Anbieter Differentialgewinne auf unvollkommenen Märkten durch Ausbildung zum Spezialisten.
- 42) "Casual empirism suggests that the rights to relatively valuable resources are usually assigned explicitly and not left to the vagaries of custom." Umbeck (1981) S. 3.

2.2. Regulierung des ärztlichen Entscheidungsprozesses

Auf allen Märkten umfassen im allgemeinen die tatsächlichen institutionellen und kontraktuellen Arrangements eine Kombination von expliziten und impliziten Elementen zur Durchsetzung des gewünschten Verhaltens beider Tauschpartner. Ein Teil des Verhaltens wird durch eine Drittinstantz spezifiziert und überwacht. Die residualen Elemente der Verträge werden durch Verhandlungen der Marktpartner bestimmt. Ihre Durchsetzung wird über die drohende Sanktionierung in Form von Kündigung der Tauschbeziehungen gewährleistet. In der Folge sind die Transaktionsbedingungen durch Marktkräfte, Technologie und die Rechtsstruktur definiert¹⁾. Die Einführung von Regelungen über Produktions- und Vermarktungsrechte der Leistungsanbieter und Kaufrechte der Nachfrager stellt, neben den expliziten Verträgen zur Qualitätssicherung, einen zentralen Aspekt des medizinischen Marktes dar.

Die Gesamtheit der Kontrakte und Institutionen zur Koordinierung der Aktivitäten bildet das Anreizsystem der Marktteilnehmer, innerhalb dessen sie, durch ihre ökonomischen Motive gesteuert, zielgerichtet handeln. Dabei wird die Qualitätsverpflichtung als eine beschränkende ärztliche Entscheidungsvariable verstanden, die seinen Ermessensspielraum definiert. Innerhalb dieses Spielraumes fällt der Arzt gemäß seiner wirtschaftlichen Motive und der Kosten- und Ertragsstruktur der möglichen Handlungen seine Entscheidungen. Unterschiedliche Arrangements zwischen den Patienten, den Versicherungen und den Ärzten auf dem Markt für ambulante medizinische Leistungen bedeuten dabei Variationen der Kosten und Erträge, mit denen der Arzt in seiner Funktion als Kapitalgeber, dispositiver Faktor, Produktionsfaktor und Agent konfrontiert wird. Die Rechtsstruktur von Zuteilungen der Entscheidungsbefugnisse (Verteilung der Dispositionsrechte) über Ressourcenverwendung wird allgemein als das System der Eigentumsrechte einer Gemeinschaft definiert²⁾. Dabei hängt die Struktur und der Umfang der expliziten institutionellen Rahmenbedingungen von der erwarteten Normdevianz der ärztlichen Entscheidungsträger ab³⁾. Die wirtschaftlichen Anreizstrukturen sollen zur Effizienz und Effektivität der medizinischen Leistungserstellung beitragen, weil die Behandlung nicht eindeutig dimensioniert und standardisiert werden kann.

Institutionelle und kontraktuelle Lösungen können die hohen Kosten der unsicherheitsbedingten Transaktionen senken⁴⁾. Drei prinzipielle Möglichkeiten werden allgemein unterschieden⁵⁾.

- 1) Explizite kontraktuelle oder regulierende Spezifizierung mit Überwachung und Durchsetzung durch eine "third-party".
- 2) Direkte (zwei Parteien) Durchsetzung von impliziten Kontrakten.
- 3) Vertikale Integration.

Wie bereits diskutiert, kann die zweite Möglichkeit nur bedingt angewandt werden. Der dritte Ansatz würde irgendeiner Form der Konsumentenkooperation entsprechen⁶⁾ und ist hier allenfalls von beispielhaftem Interesse⁷⁾. Das erste Arrangement mit expliziten Verträgen als Gestaltungsmöglichkeit erlaubt grundsätzlich viele Variationen. Die potentiell regulierenden Organisationen umfassen ein Spektrum von Standesorganisationen und Versicherungen bis hin zum Staat. Diese gestalten die Steuerungsversuche in Abhängigkeit von der erwarteten Normabweichung und von den Kosten ihrer Überwachung.

Wegen des steigenden Versicherungsschutzes gegen Krankheitsrisiken, das die Zukunftsunsicherheit reduziert, wird die Prozeßunsicherheit und die damit verbundene Qualitätssicherung der Behandlung zum primären Problem des einzelnen Patienten. In solchen Systemen mit Versicherungs- oder versicherungsähnlichen Arrangements der Drittfinanzierung werden die Qualitätsaspekte der Behandlung auch zum Problem der Qualitäts- und Kostenüberwachung des Finanziers transformiert. Die regulierenden Eingriffe können nicht nur die unterstellten Prozeßunsicherheiten und die technologischen Transaktionsbedingungen betreffen, sondern auch die Bedingungen der Vermarktung und der Verrechnung von Gesundheitsleistungen, beispielsweise die Honorierungsformen der Leistungsanbieter.

Die institutionellen bzw. kontraktuellen Rahmenbedingungen, mit denen das Verhalten und die allokativen Dispositionen des ärztlichen Personals zu steuern versucht werden, sollen im Folgenden in ihrer erwünschten Wirkung diskutiert werden. Anschließend wird die potentielle Wirksamkeit der Maßnahmen untersucht. Die folgende Präsentation stellt theoretisch lediglich die prinzipiellen Wirkungskanäle der unterschiedlichen Maßnahmen dar und sieht zunächst von den Durchsetzungs- und Überwachungskosten der einzelnen Regelungen ab.

Die Rechtsstruktur bestimmt bezüglich firmenexterner und -interner Dispositionsbereiche die Befugnisse der ärztlichen Entscheidungsträger. Die Wahlmöglichkeiten im Hinblick auf die Organisationsform der Leistungseinheit, der Produktion, der Vermarktung und der Verrechnung der erstellten Güter sind durch die Institutionen und die impliziten und expliziten Verträge bestimmt und können folgendermaßen, ohne Berücksichtigung der Unsicherheiten, dargestellt werden. Die Steuerung der Dispositionsmöglichkeiten des ärztlichen Personals durch das System der Eigentumsrechte kann im Anschluß an Jensen und Meckling⁸⁾ sowie Gäfgen⁹⁾ als eine Beschränkung der Produktions- und Preis-Absatzmöglichkeiten interpretiert werden.

Alle Abschwächungen der Dispositionsbefugnisse des ärztlichen Personals als Kapitalgeber, Manager, Agent und Produktionsfaktor durch die Rechtsstruktur können hier umfaßt werden. Diese Eingriffe umfassen die relevanten Aspekte der Produktions- und Vermarktungsbedingungen innerhalb der eigentumsrechtlichen Umweltkonfigurationen. Die institutionellen und kontraktuellen Randbedingungen definieren die Produktionsbedingungen, die unter den gegebenen Konstellationen der Eigentumsrechte gewählt werden können sowie die Preis-Absatzbedingungen bzw. die Transaktionsbedingungen der Vermarktung der ambulanten Gesundheitsleistungen. Sie werden durch das umliegende juristische, soziale und politische System bestimmt und stellen die Randbedingungen der Operation der ärztlichen Firma dar¹⁰⁾. Diese Restriktionen legen ebenfalls die erlaubten Handlungsbedingungen fest, wie beispielsweise die Wahlmöglichkeiten der Niederlassungsformen (öffentliche vs. private, Einzelpraxis vs. Gemeinschafts- oder Gruppenpraxis), die betriebsinternen Dispositionsspielräume und Qualitäts- und Funktionserfordernisse des eingesetzten Personals. Es werden zudem diejenigen Dispositionsrechte umschrieben, die v.a. die Honorierungsform für die erstellten Produkte und der eingesetzten ärztlichen Leistungen bestimmen. Damit ist nicht nur die Art der Preisbildung und die Kalkulationsbasis gemeint, sondern auch die Frage, welche Leistungen der Arzt zu welchen Konditionen liquidieren darf. Hier wären auch die eventuellen Formen von Selbstbeteiligung der Patienten unterzuordnen.

Diese kurze Beschreibung der Eigentumsrechte sollte veranschaulichen, wie und über welche Maßnahmen und Ebenen die allokativen Dispositionsrechte der Ärzte, von der Niederlassung bis zur Leistungserstellung, allgemein beeinflußt werden können. In erster Annäherung bedeuten diese Einschränkungen der ärztlichen Handlungsbedingungen eine Beeinflussung sowohl der Produkt- und Faktoreinsatzentscheidungen als auch der Preis- und Honorarbildung bzw. Abwicklung der Verrechnung. Im Hinblick auf die Ergebnisse des ersten Kapitels würde dieses eine "Verletzung" der ermittelten Marginalbedingungen der effizienten Faktoreinsatzverhältnisse und der ärztlichen Wohlfahrtsmaximierung bedeuten. Konkret folgt hieraus eine Veränderung der Faktorsubstitutionselastizitäten, der Güterpreishöhe und/oder der Preiselastizität der Nachfrage. Allerdings sollte hier nicht von Verletzung der Marginalbedingungen gesprochen werden, sondern von Optimierung in einem erweiterten Modell mit relevanten rechtlichen Beschränkungen¹¹⁾.

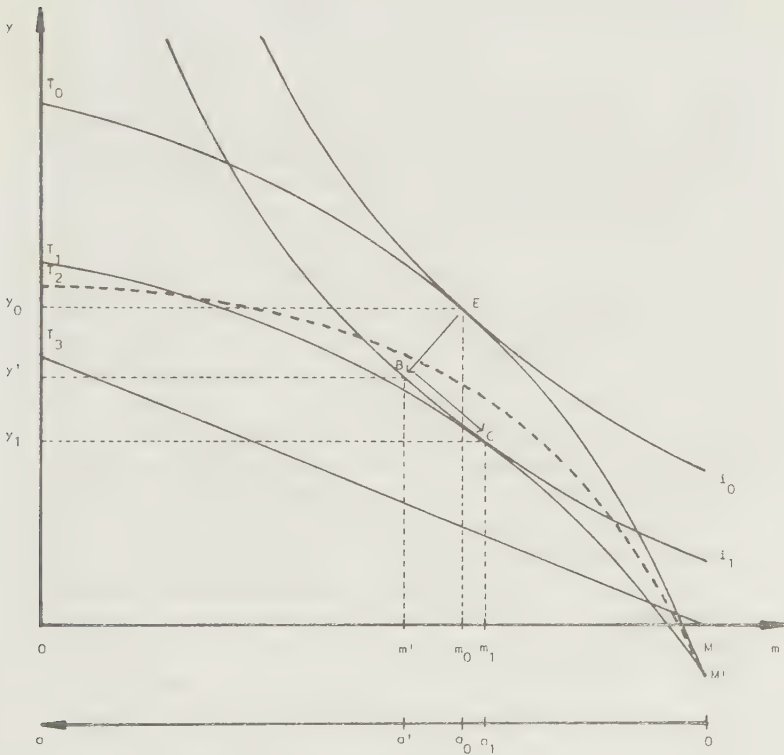
Die Veränderungen der Elastizitätseigenschaften der technologischen Produktionsbedingungen und der marktlichen Preis-Absatzfunktion hat Implikationen auf die Gewinnsituation der Arztpraxis und folglich auf die nutzenoptimalen Möglichkeiten der Einkommenserzielung der ärztlichen Haushalte. Dieses kann anschaulich dokumentiert werden durch die Veränderung der Krümmungseigenschaften und der Lage der Transformationskurve aller erzielbaren Einkommens/Freizeitkombinationen¹²⁾. In Schaubild 2.1. wird die Einflußnahme regulierender Steuerungseingriffe auf das Einkommenspotential vereinfacht gezeigt. Es wird hier offensichtlich, daß die allokativen Steuerungsmaßnahmen auch zur Senkung des Gewinnschöpfungspotentials der ärztlichen Firma führen¹³⁾. Die Transformationskurve ($T_0 M'$) soll, unter ceteris paribus Annahme, den "neoklassischen" Ausgangspunkt (aus 1.2.) darstellen. Anschliessend wird jeweils eine regulierende Maßnahme diskutiert.

Eine Preisfixierung¹⁴⁾ durch die Finanzierungsseite auf ein niedrigeres Niveau als der ursprüngliche Preis impliziert geringere Ertragskraft der ärztlichen Firma. Die Gewinnspanne sinkt proportional für alle möglichen Arztarbeitsmengen¹⁵⁾. Die neue Kurve der Einkom-

men/Freizeitmöglichkeiten ($T_1 M'$) liegt für $p_0 < p_1$ unterhalb des ursprünglichen trade-offs.

$$(3) \quad y_a = p_1(x_a + x_l)_a^* + x_k k_a^* - (w+e)_a^* - z k_a^*$$

Schaubild 2.1.: Der Einfluß der Regulierung auf die Einkommens- und Freizeitmöglichkeiten der Ärzte



Aus Gleichung (3) ist ersichtlich, daß bei Preishöhe p_1 unter c.p. Faktorpreisen das Wertgrenzprodukt der paramedizinischen Inputs und des Kapitalinputs abnimmt. Der ärztliche Manager muß in der Folge diesen Faktoreinsatz senken, um die Gleichheit von Grenzkosten und

Wertgrenzprodukt wiederherzustellen, weil sonst ein Teil der Faktor-entlohnung zu Lasten der Bezahlung des ärztlichen Arbeitseinsatzes gehen würde. Der Arzt als Produktionsfaktor muß somit wegen des Einkommenseffektes der Regulierung einen Teil der delegierten Aufgaben selbst ausführen. Für jeden Arbeitseinsatz realisiert er nunmehr ein geringeres Einkommen. Welche der möglichen neuen Einkommens/Freizeitkombinationen der ärztliche Haushalt bevorzugt, wird durch die Präferenzen determiniert, weil diese ihrerseits die relevanten regulierungsbedingten Substitutionseffekte auslösen.

Eine kurze spekulative Diskussion der Einkommens- und Substitutionseffekte mag die Reaktion eines ärztlichen Haushaltes als Anbieter von ärztlichen Faktorleistungen beispielhaft auf eine Preisreduktion unterhalb des ursprünglichen Preises verdeutlichen. Die Bewegung von der gewünschten Situation des Haushaltes von E nach B kann als der Einkommenseffekt der Preissenkung der ärztlichen Leistungen betrachtet werden. Der Punkt B ist aber als Gleichgewicht nicht realisierbar, da die Ertragskraft der Praxis trotz der vermehrten ärztlichen Arbeitsleistungen (a') dieses nicht ermöglicht. Die Kosten- und Ertragsstrukturen der Zielverwirklichung bzw. die relativen Preise der Ziele verändern sich, und die Position B wird nicht erreicht. Der Haushalt wird sich an den veränderten Kosten- und Ertragsstrukturen orientieren müssen und wird mehr von dem billiger gewordenen Gut Freizeit "nachfragen". Dieser Substitutionseffekt (von B nach C) wird ausgelöst durch die Verringerung der Gewinnspanne bei gleichbleibenden Produktionskosten. Die Anpassung an die neuen relativen Preise der Freizeit und des Konsumpotentials dauert solange bis die Gleichheit der Grenzrate der Einkommenstransformation der Praxis und der Grenzrate der Substitution von Einkommen und Freizeit des Haushaltes wiederhergestellt ist.

Eine Einschränkung der a) funktionalen $1 \leq \hat{f}_a$ oder b) mengenmäßig $1 \leq \hat{1}$ erlaubten Aufgabendelegation z.B. zur Qualitätssicherung bedeutet eine rechtlich bedingte, geringere Faktorsubstitutionselastizität. Wenn diese Restriktionen sinnvoll sein sollen, dann müssen sie eine geringere Faktoreinsatzmenge als die, wegen ökonomischer Effizienz, gewünschte Menge zur Folge haben. Dieses bedeutet

$1^* > 1$ und $\hat{y}^* > \hat{y}$, und somit wird die Restriktion erst dann relevant, wenn sie den optimalen Faktoreinsatz limitiert. Dabei ist $\hat{y}$ die Relation der funktional restringierten Inputs zu dem ärztlichen Faktoreinsatz. Die trade-off Kombinationen werden folgendermaßen verändert.

$$(4a) \quad y_a = p(x_a + \hat{y}^* x_a + x_k k_a^*) - (w+e)\hat{y}^* - z k_a^* \\ \text{weil } x = x(a, k(a), \hat{y}^* a)$$

$$(4b) \quad y_a = p(x_a + x_k k_a^*) - (w+e) - z k_a^* \\ \text{weil } x = x(a, \hat{1}, k(a))$$

Die Restriktionen beschränken das Potential der ärztlichen Aufgabendelegation, und das Einkommen pro ärztlicher Arbeitseinheit wird gesenkt.

Eine Einschränkung der funktionalen erlaubten Aufgabendelegation bedeutet eine geringere Faktorsubstitutionselastizität, und die Transformationskurve wird überproportional nach unten verschoben. Bei einer mengenmäßigen Beschränkung wirkt die Regulierung erst dann auf die Ertragskraft der Praxis, wenn die Restriktion den wirtschaftlich effizienten Faktoreinsatz verhindert. Daß die Kurven $(T_1 M')$ und $(T_2 M')$ sich kreuzen, soll nur verdeutlichen, daß die beschränkte Aufgabendelegation erst bei höherer Arbeitsleistung des Arztes einkommenswirksam wird. Eine Preisregulierung beschränkt die Gewinnspanne proportional bereits ab der ersten produzierten Konsultation, dagegen erlangt eine kontraktuelle Restriktion der Faktorsubstitutionsmöglichkeiten erst bei relativ hohem Faktoreinsatzniveau von (a) Einkommenswirksamkeit. Bei einer mengengebundenen Delegationsbeschränkung ist sogar denkbar, daß $(T_0 M')$ und $(T_1 M')$ anfänglich parallel übereinander verlaufen, bei sehr niedrigem (a) .

Einen ähnlichen Effekt hätte außerdem noch die Entscheidung des Versicherungsträgers, nur persönliche, aber keine technischen Leistungen des Arztes zu vergüten. Dadurch wird die Aufgabendelegation weniger lukrativ, weil nunmehr der Arzt die paramedizinischen Faktoreinsätze und ihre Grenzproduktivität ausschließlich in physischen Einheiten bewerten und kalkulieren kann.

$$(5) \quad y_a = p(x_a) + x_l l_a^* + x_k k_a^* - (w+e)l_a^* - z k_a^*$$

Der Arzt kann den Beitrag der paramedizinischen Faktoreinsätze und der Kapitalinputs nur in physischen Einheiten bewerten, jedoch in monetären Größen entlohnen, unter Berücksichtigung der Opportunitätskosten des Delegierens. Er wird nur dann Aufgaben delegieren, wenn er glaubt, daß die Erhöhung seiner Produktivität bzw. seines Wertgrenzproduktes den Grenzkosten des Hilfspersonals und den Grenzkosten der Behandlungsräume größer oder gleich sind. Die Einkommensmöglichkeiten sind unter solchen Randbedingungen aber besonders eingeschränkt. Selbst wenn eine Aufgabendelegation den Freizeitvorstellungen des ärztlichen Haushaltes entgegenkame, wäre die Beschäftigung paramedizinischer Faktoren wirtschaftlich kaum sinnvoll.

Die äußerste Einschränkung der ärztlichen Dispositionsrechte ist eine Verstaatlichung der Produktion ambulanter Leistungen. In diesem Fall ist der Arzt lediglich ein festbezahlter öffentlicher Angestellter und muß den Stundenlohn (q) akzeptieren, der ihm durch ein festes Monatsgehalt und bei gegebener Arbeitszeit angeboten wird ($T_3 M$). Er ist kein Kapitalgeber mehr und darf im Extremfall kaum noch über paramedizinisches Hilfspersonal und dessen Einsatz entscheiden, weil strenge Funktionsbeschreibungen seine dispositiven Aufgaben übernehmen würden. Seine Rolle als dispositiver Faktor wird somit durch die Verstaatlichung ebenfalls eingeschränkt. Dieses bedeutet, daß sein "imputed wage" als Produktionsfaktor und Manager exogen festgelegt wird (q) und das Gewinneinkommen (π) gleich null gesetzt werden kann.

$$(6) \quad y_a = \bar{q}$$

Diese Diskussion sollte verdeutlichen wie die Einkommens/Freizeitmöglichkeiten durch unterschiedliche allgemeine Steuerungsversuche beeinflusst werden können. Die Variationen der Transformationskurve zeigten, wie die Effizienzbedingungen sich verändern. Die ärztlichen Haushalte werden in der Folge mit anderen Lösungen des gewünschten bzw. wohlfahrtsmaximierenden trade-offs konfrontiert werden. Diese Auffassung über die technologisch, marktmäßig und rechtlich restrin-

gierten Maximierungs- und Effizienzseigenschaften bedeutet nicht, daß die ursprüngliche Kurve (T_0M') als idealer Vergleichszustand dient, der angestrebt werden sollte¹⁶⁾.

Voraussetzung für die Gültigkeit der vorgeführten Überlegungen ist allerdings eine Lückenlosigkeit und absolute Verbindlichkeit der Rechtsstruktur. Auf einem derart durch Unsicherheiten und Heterogenität der Leistungen gekennzeichneten Markt kann die Zielsetzung der Verträge nicht voll durchgesetzt werden, aufgrund der hohen Transaktionskosten (Überwachung, Verhandlung und Durchsetzung)¹⁷⁾. Wegen der Individualität der Beschwerden und der personenspezifischen Möglichkeiten von Gesundheitsproduktion ist eine vollkommene Durchsetzung zudem nicht wünschenswert. Da jede Behandlung auf die individuellen Bedürfnisse zugeschnitten wird, ist sie nicht ohne enorme Informationskosten und Wohlfahrtsverluste für den Patienten ex ante standardisierbar¹⁸⁾.

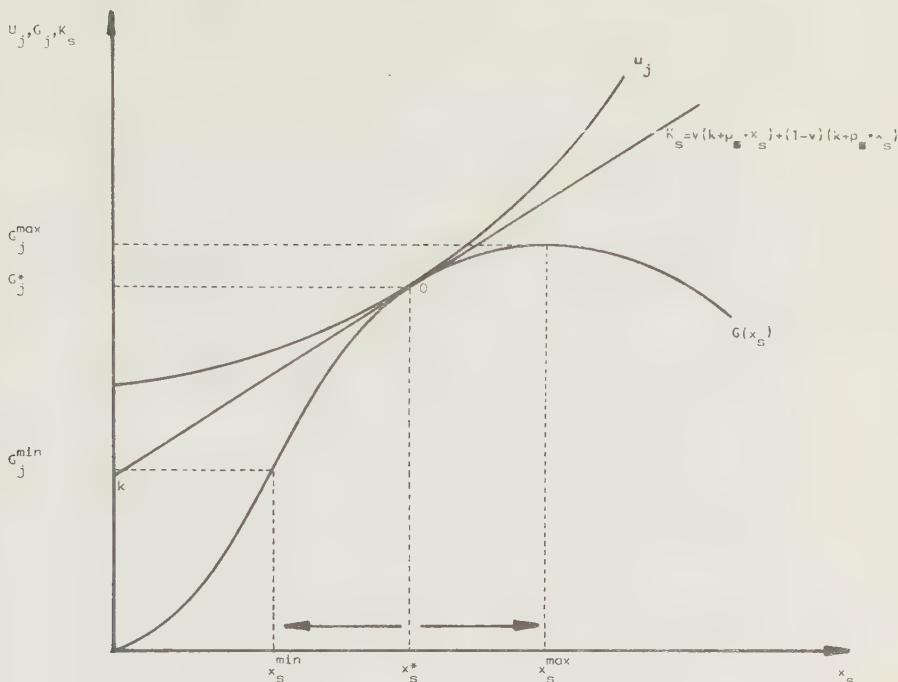
Die kontraktuellen Bedingungen auf dem Markt beinhalten explizite und implizite Elemente, weil eine vollständige Spezifizierung der Vertragsteile und des Vertragsgegenstandes weder sinnvoll noch möglich ist. Die expliziten Vertragselemente umfassen alle Maßnahmen zur Gewährleistung der medizinischen Effektivität und der ökonomischen Effizienz. Diese Steuerung wird über die drohenden Sanktionen und die wirtschaftliche Anreizstruktur versucht. Innerhalb des expliziten Vertragswerkes können die Tauschpartner ihre Transaktionsbedingungen zur Erfüllung der impliziten Vertragsteile weitgehend ohne Drittinstanzen bestimmen. Innerhalb dieser Grenzen werden die impliziten Elemente also durch die Präferenzen, Verhandlungsstärke und wirtschaftlichen Anreize der Marktseiten determiniert.

Somit wäre der Verlauf einer Transformationskurve unter Restriktionen der Rechtsstruktur in Bezug auf den kontraktuellen Rahmen¹⁹⁾ nicht völlig "un- elastisch". Genauso wie die Krümmungseigenschaften der Transformationskurve durch die Nachfrage- und Substitutionselastizität der Produktion als marktmäßige und technologische Beschränkung der Praxis bestimmt werden, kann analog die Rechtsstruktur in unterschiedlichem Maße "elastisch", als Einkommens- und Freizeitmöglichkeiten mitbestimmende Restriktion angesehen werden.

Unter den nicht vollständig durchsetzbaren juristischen und institutionellen Rahmenbedingungen werden die Ärzte bemüht sein, die Lage der Transformationskurve nach außen zu verschieben, um ihre angestrebten Ziele zu optimieren. Wegen der hohen Überwachungs- und Durchsetzungskosten des ärztlichen Verhaltens durch Versicherungen bzw. Patienten sind die kontraktuellen Rahmenbedingungen lückenhaft²⁰⁾, wodurch den Ärzten Spielräume zum strategischen Verhalten in der Verfolgung ihrer ökonomischen Ziele eröffnet werden²¹⁾. Es wird häufig unterstellt, daß die Existenz der Versicherungen in der heutigen Form dem Arzt die Ausnutzung des principal-agent-Verhältnisses zum Zwecke seines strategischen Verhaltens u.U. sogar in einer Koalition mit dem jeweiligen Patienten, beispielsweise durch strukturelle und volumenmäßige Variation des Leistungsbündels und durch geeignete Aufgabendelegation ermöglichen²²⁾. Bei prophylaktischen und vorbereitenden diagnostischen Maßnahmen sind die ärztlichen Ermessensspielräume besonders groß und die Überwachungskosten der Versicherer und Patienten hoch aufgrund der Schwierigkeit der vertraglichen Spezifikation der Transaktionen²³⁾. Die Leistungsanbieter bemühen sich, das Einkommenspotential pro ärztlicher Arbeitseinheit entgegen der regulierenden Eingriffe wieder zu erhöhen, um ihre Einkommens-/Freizeitfrontier auszuweiten²⁴⁾. Gelingen ihnen diese Bestrebungen, wird die endgültige Position der trade-off-Kurve wahrscheinlich zwischen dem von der Legislative beabsichtigten regulierten und unregulierten Fall liegen, obgleich das strategische Verhalten auch in der ursprünglichen Konstellation auftreten kann.

Die vorgebrachten Überlegungen bezüglich der ärztlichen Behandlungsentscheidungen können im Schaubild 2.2. veranschaulicht werden. Als Ausgangspunkt hierzu dient die Auffassung, daß die Aufnahme des durch Qualitätsproxies ausgedrückten Berufsethos in die ärztliche Nutzenfunktion nicht als ein geeigneter und eindeutiger Garant für die Einhaltung der notwendigen Qualitätsstandards zu akzeptieren ist. Aufgrund des intermediären und unsicheren Charakters der produzierten ambulanten Leistungen für die Gesundheitsproduktion der Patienten soll die Qualität der ärztlichen Tätigkeit anhand einer Beschränkung der Outputentscheidungen dargestellt und erläutert werden.

Schaubild 2.2.: Effizienz und Effektivität einer Behandlung



Im Schaubild 2.2. werden die vom Patienten (j) aus medizinischen Leistungen empfundenen Nutzen (U_j), die individuelle Gesundheitsproduktion (G_j) und die verrechneten Kosten (K_s) als eine Funktion des vom Arzt gewählten Volumens der therapeutischen Leistungen (x_s) bei einer eingetretenen Krankheitssymptomatik s dargestellt. Die patientenspezifische Produktionsfunktion von Gesundheitseinheiten weist einen ertragsgesetzlichen Verlauf aus²⁵⁾ und ist dem Arzt durch sein technologisches know-how weitgehend bekannt. Der Arzt kann mit einer gewissen Sicherheit die Wirksamkeit einzelner Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Gesundheitszustandes beurteilen. Dem Patienten ist dieser Zusammenhang weitgehend unbekannt, da er kaum über medizinische Vorbildung verfügt²⁶⁾. Er glaubt lediglich an eine

positive und steigende Korrelation zwischen Gesundheit und der Zahl von medizinischen Gütern. Dieser Zusammenhang wird durch die Nutzenfunktion $U_j(x_s)$ als Ausdruck des marginal steigenden Nutzens pro empfangener Einheit therapeutischer Leistungen ausgedrückt.

Ein perfekter Agent des Patienten würde eine Situation wie Punkt $o(x_s^*, G_j^*)$ wählen, weil er die Outputmenge reflektiert, die ein über die medizinische Technologie voll informierter Patient wählen würde. Wegen der imperfekten Informationsübertragung auf beiden Seiten des Marktes und der fehlenden wirtschaftlichen Anreize und Sanktionen scheint eine Realisierung eines solchen Punktes mit $\frac{\partial U_j}{\partial x_s} = \frac{\partial G_j}{\partial x_s}$ eher zufällig, d.h. eine effektive Behandlung wird nicht immer auf dem Markt verwirklicht. Vielmehr wird die Einhaltung einer Spanne von Mindest- bzw. Höchstzahl der Leistungen angestrebt, um die Qualität und den Erfolg der Behandlungen zu gewährleisten.

Der Maximumstandard der Qualität der ärztlichen therapeutischen Bemühungen kann durch die Menge $x^{\max}$ ausgedrückt werden. Jede weitere Einheit wird den Gesundheitszustand des Patienten nur verschlechtern. Die erste und zweite notwendige Bedingung für eine Höchstzahl von Leistungen sind in der Tabelle 2.2. abgebildet. Um fahrlässige Behandlung zu vermeiden, muß eine Mindestzahl von Leistungen eingehalten werden, weil sonst die Minimumstandards der Behandlungsqualität nicht erfüllt werden. Bei dem hier unterstellten produktionstechnischen Zusammenhang ist es begründet anzunehmen, daß solange die Grenzproduktivität der medizinischen Leistungen (x) als Faktorinput der individuellen Gesundheitsproduktion positiv zunimmt, der Arzt die Ausweitung des Leistungsumfangs mindestens bis zu dieser Grenze anstreben wird (Zeile 1, Tabelle 2.2.).

Innerhalb dieser operationalen Beschränkungen kann der Arzt relativ frei den Leistungsumfang bestimmen. Der ärztliche Ermessensspielraum in der Einhaltung der ärztlichen Qualität der Behandlung, symbolisiert durch die Devianz vom optimalen Leistungsumfang, wird durch die exogenen und endogenen (internalisierten) Qualitätskontrollen eingeschränkt. Dieser Ermessensspielraum ist außerdem notwendig, weil keiner Krankheit bei der hochgradigen Individualität von Symp-

Tabelle 2.2.
Volumenmäßige Qualitätsrestriktionen der ärztlichen Leistungen

	Bedingung 1. Ordnung	Bedingung 2. Ordnung
Minimale Qualität	$\frac{\partial G_j}{\partial x_s} > 0$	$\frac{\partial^2 G_j}{\partial x_s^2} < 0$
Maximale Qualität	$\frac{\partial G_j}{\partial x_s} > 0$	$\frac{\partial^2 G_j}{\partial x_s^2} \leq 0$

tomen ein spezifisches Diagnose- und Therapieleistungs-bündel ohne besonders hohe Transaktionskosten ex ante zugeordnet werden kann.

Mit endogenen Qualitätskontrollen ist die ausbildungsbedingte Internalisierung des impliziten Vertrages gemeint. Das Berufsethos ist, wie bereits argumentiert, nicht unbedingt eine ausreichende und wirkungsvolle Garantie gegen Verletzungen der impliziten kontraktuellen Tauschbedingungen, sondern bedarf zur Durchsetzung exogener Ergänzungen in Form von Anreizen und Sanktionen. Um die Qualität und die Effektivität der Behandlung hierdurch zu garantieren, sind explizite Rechtsstrukturen notwendig, die von der Legislative, von den Versicherungen und von den Standesorganisationen gestaltet und überwacht werden. Der Arzt als Manager und Agent muß wegen der kostspieligen Sanktionen seiner Standesorganisationen und der Gesundheitsbehörden auf die Qualität der Behandlung in seiner Praxisunternehmung achten. Somit erscheint die Variable ärztliches Berufsethos als eine Restriktion des langfristig angelegten unternehmerischen Wirtschaftskalküls und nicht als ärztliche Zielvariable. Allerdings ist der Arzt auch seinen Standesorganisationen gegenüber verpflichtet, seine Agentenfunktion zu erfüllen, weil die Qualitätseinhaltung ebenfalls im langfristigen Interesse der Standesvertreter liegt.

Denkbar ist allerdings z.B. eine Situation, in der der Arzt die Qualität seiner Leistung zwecks Umwerbung einer zahlungskräftigen Kundschaft (wie Privatpatienten in vielen Systemen) als Geschäftsstrate-

gie bewußt erhöht. Aber auch hier ist die Qualität nicht eine unmittelbare Nutzengröße des ärztlichen Handelns, sondern eine Möglichkeit zur Preis- und Produktdifferenzierung zum Zwecke der Einkommenserhöhung. Dies kann als eine Verschiebung der Leistungsmenge in Richtung $x^{\max}$ im Schaubild 2.2. betrachtet werden.

Die Nebenbedingungen zur Einhaltung der Qualitätsmaxima und -minima werden als eine flexible Restriktion des Outputs beschrieben. Die Qualitätsrestriktion reflektiert gleichwohl die Grenzen und Möglichkeiten der ärztlichen Entscheidungen in der medizinischen Produktion, und es entstehen diskretionäre Management- und Agentenspielräume. Innerhalb dieser Grenzen der Rechtsstruktur kann ein ärztlicher Anbieter seine Entscheidungen von seinen wirtschaftlichen Motiven geleitet treffen²⁷⁾.

In einem System mit Drittfinanzierung ist die Kontrolle der Kontraktierung von Patienten und Ärzten mit hohen Transaktionskosten verbunden, weil ebenfalls die Beziehungen zwischen dem Versicherer einerseits, den Versicherten und den ärztlichen Anbietern andererseits durch explizite und implizite Vertragselemente zur Durchsetzung eines erwünschten Verhaltens bestimmt werden. Das erwünschte Verhalten bedeutet für den Patienten, nur dann Leistungen und in dem Umfang nachzufragen, wie sie durch Veränderungen des Gesundheitszustandes notwendig sind. Die Inanspruchnahme von überflüssigen Leistungen wird durch das Phänomen des moral hazard dokumentiert und bedeutet einen Bruch des impliziten Vertrages gegenüber der Versicherung. Der implizite Vertrag des Arztes mit dem Drittfinanzier fordert die Einhaltung eines effizienten und effektiven Leistungsprofils in der Produktion. Dadurch soll gewährleistet bleiben, daß der Arzt aus individuellen wirtschaftlichen Motiven bei einem spezifischen Behandlungsfall nur medizinisch qualitativ und quantitativ zu rechtfertigende Leistungen abgibt. Die Möglichkeiten der Durchsetzung dieser impliziten Vertragsteile und Sanktionierung der Abweichungen durch den Versicherungsträger sind mit hohen Überwachungskosten verbunden. Die ärztlichen Akteure können in der Folge ihre diskretionären Ermessensspielräume einsetzen, um ihre wirtschaftlichen Ziele zu realisieren. Sie werden die strategischen Möglichkeiten auch in einer

Koalition mit den Patienten ausnutzen, sofern diese Tätigkeit nicht ihren Einkommensinteressen zuwiderläuft.

Wird einfachheitshalber angenommen, daß die Kosten der Beratung und Diagnostik durchschnittlich pro Behandlungsfall konstant (Fixkosten k) bei einer Symptomatik (s) sind und die Kosten der produzierten therapeutischen Leistungen linear verlaufen, dann kann die Kostenkurve bzw. Entschädigungskurve der Behandlung für den Versicherungsträger beim Produktpreis (p_s) als

$$(7) \quad K_s = v(k + p_s \cdot x_s) + (1-v)(k + p_s \cdot x_s)$$

abgebildet werden. Dabei ist $0 < v < 1$ der Grad der Kostenbeteiligung des Patienten. Im Falle einer universellen Deckung ($v=0$) trägt die Versicherung die Kosten, und der Patientenanteil ist gleich Null.

Wären die kontraktuellen Bedingungen aller drei Kontraktpartner vollständig spezifiziert und durchsetzbar, dann würde in Punkt o eine effiziente und effektive Behandlung stattfinden²⁸⁾.

$$(8) \quad \frac{\partial U_j}{\partial x_s} = \frac{\partial G_j}{\partial x_s} = \frac{\partial K_s}{\partial x_s} = v \cdot p_s + (1-v)p_s$$

Neben effizientem Faktoreinsatz in der Praxis erfordert dieses, daß der Arzt eine wirtschaftlich effiziente Behandlungsmethode zur Wiederherstellung von Gesundheit wählt. Idealisiert bedeutet dieses die simultane Gleichheit der Grenzproduktivität, der Grenznutzen und der Grenzkosten (hier = Preis) eines Leistungsumfangs. Dem Arzt stehen viele Therapieformen zur Auswahl, deren Grenzproduktivität er im Idealfall für einzelne Symptomeigenschaften und -schweren beurteilen kann. Jeder Therapieeinheit steht ein Preis gegenüber, und der ärztliche Entscheidungsträger soll nur solche Verfahren und in dem Umfang einsetzen, deren Grenzproduktivität für den Patienten und Grenzkosten für den Versicherten sowie für seine Versicherung gleich sind. Diese Voraussetzungen müssen für das gesamte Leistungsbündel gelten.

Es ist aber aufgrund der bisherigen Überlegungen unwahrscheinlich,

daß die Versicherung die Einhaltung dieser Regel den beiden anderen Kontraktpartnern wegen der hohen Überwachungs- und Durchsetzungskosten stets aufzwingen kann²⁹⁾. Eine Ausweitung der Produktion in Richtung ($x_s^{\max}$) erhöht aber den Nutzen und verbessert den Gesundheitszustand des Konsumenten marginal. Vorausgesetzt der Arzt kann diese Leistungsausweitung einkommenswirksam³⁰⁾ verwirklichen, wird er den impliziten Vertrag gegenüber der Versicherung zusammen mit seinen Patienten verletzen. Der Arzt kann aber auch, wegen der schlechten Informationslage seines Patienten, eine geringere Leistungsmenge als (x_s^*) produzieren, wenn ihn dazu die Anreizstruktur bei der wirtschaftlichen Zielverfolgung bewegt³¹⁾. Damit würde er in seinem individuellen Interesse die Vertragselemente gegenüber den Patienten und der Versicherung nicht vollständig erfüllen.

Die Marktergebnisse, die Effektivität und die Effizienz der Produktion der medizinischen Leistungserstellung können durch explizite kontraktuelle Tausch- und Produktionsbedingungen nicht vollständig spezifiziert werden. Ein Spielraum, in dem beide Marktseiten ihre individuellen (vertraglichen) Interessen innerhalb Grenzen auszuhandeln und zu realisieren versuchen, ist aufgrund der Produktcharakteristika notwendig. Inwieweit dabei die beteiligten Akteure in ihren Vorstellungen und Wünschen befriedigt werden und sie dieses auch im Sinne des Versicherers erreichen, hängt von der konkreten Ausgestaltung der wirtschaftlichen Anreize und der Durchsetzbarkeit der Vertragskomponenten ab.

- 1) "...consumers of the product implicitly or explicitly enter into a set of contracts which delineate the rights and obligations of the respective participants in the activities...the maximum attainable output of the firm is then not purely a matter of 'physical possibilities' given the technology...". Jensen und Meckling (1979) S. 470.
- 2) So z.B. De Alessi (1980) S. 3.
- 3) De Alessi (1974) S. 5-6.
- 4) Vgl. Göfgen (1983) S. 9.
- 5) Klein und Leffler (1981) S. 634ff.
- 6) Ebd. S. 635.
- 7) Die von Enthoven (1981) vorgeschlagenen Consumer Choice Health Plans sind Beispiel für eine solche Integration.
- 8) Jensen und Meckling (1979) S. 469ff. Auch Umbeck (1981) S. 7: "It should be obvious that production and exchange cannot be completely understood in terms of physical units but must incorporate the actual rights to inputs and outputs."
- 9) Göfgen (1982) S. 123ff., der allerdings den Einfluß der Eigentumsrechte vorwiegend auf die Preis-Absatzfunktion untersucht.
- 10) "...including not only illegal actions (both statutory and regulatory) and the penalties associated with their violation, but also the types of voluntary contracts and organizational forms which the powers of the state will be used to enforce." Jensen und Meckling (1979) S. 471.
- 11) De Alessi (1983) S. 68-69.
- 12) Eine ähnliche Darstellung für Krankenhausärzte findet sich bei Göfgen (1982) S. 132. Er verwendet allerdings eine "s-förmige" Transformationskurve und begründet diesen Verlauf mit der unterstellten ertragsgesetzlichen Produktionsfunktion.
- 13) Eine gegenteilige Aktivität ist zumindest gegenwärtig kaum vorstellbar. Bemühungen der Ständesvertreter für ihre Klientel, wenn politisch durchsetzbar, wären ein Beispiel.
- 14) Hier wird die Bedeutung der gegebenen Preise für den groben Verlauf besonders deutlich. (Vgl. Reinhardt (1975) S. 272). Nur beim monopolistischen Unternehmen würde aufgrund des preiselastischen Teils der Nachfragekurve die Transformationskurve einen fallenden Verlauf ab dem maximalen Gewinnpunkt zeigen. Die Annahme der Preisfixierung durch Versicherung macht eine explizite Diskussion eines monopolistischen Anbieters aber hier überflüssig.
- 15) Das gleiche Ergebnis läßt sich auch für eine autonome Gehaltserhöhung der paramedizinischen Kräfte als Reduktion der Gewinnspanne ermitteln.
- 16) Demsetz (1969) S. 1-2 hält die Anwendung der "Nirvana"-Modelle als Referenz für Vergleiche realer Institutionen für ungeeignet.
- 17) "...uncertainties create a multitude of contingencies and therefore the negotiation of complicated contractual plans for handling each possibility becomes very costly. Even if such contracts were economical to construct, natural information asymmetries make the enforcement of the planned responses difficult." Hess (1983) S. 4.
- 18) Cheung (1970) S. 53 bezeichnet solche lückenhaften Arrangements als "deficient contracting": "a defective contract, or the absence of a contract, does not necessarily imply economic inefficiency, and can be either traced to the presence of transactions costs, the existing legal arrangements, or the lack of foresight and the cost of information."
- 19) "Market failure by enforcement" in der Terminologie Bators (1958) S. 354. "...even if all above is satisfied, market performance could still fail, and fail in a statical sense, due to arbitrary legal and organizational imperfections..."
- 20) "But the reason why some activities are not subject of contracts is exactly the same as the reason why some contracts are commonly unsatisfactory - it would cost too much to put the matter right," Coase (1960) S. 39.
- 21) "Von der Existenz von Rechten kann daher nicht einfach auf deren volle Respektierung geschlossen werden, sondern nur auf die Anreizwirkung der Sanktionen, die das Recht absichern." Göfgen (1983) S. 7. "The second question - the relation between a set of stipulations and the actual outcome - is one of contractual enforcement," Cheung (1970) S. 53.

- 22) Lindsay (1960) S. 104.
- 23) Vgl. Gianfrancesco (1983) S. 176ff.
- 24) Daß die Ärzte einem externen Druck ausweichen könnten, wird durch ein Interview mit dem Präsidenten der Bundesärztekammer, Karsten Villmar, bekräftigt. Der zunehmende Konkurrenzdruck durch die "Ärztesschwemme" könne fatale Auswirkungen haben. So sei es nicht mehr auszuschließen, daß Ärzte "verführt" würden, Dinge zu tun, die von dem medizinischen Befund her nicht gerechtfertigt seien und die ein unabhängiger und wirtschaftlich gesicherter Arzt unterlassen würde. (Zitiert nach der Süddeutschen Zeitung, 21.11.1983). Gemäß der Überlegungen in 2.1. bedeutet dies, daß die qualitätssichernde Preisprämie beim Auftreten zusätzlicher Anbieter nicht mehr hoch genug wäre. Alternativ ist Villmars Aussage auch distributional zu interpretieren, daß die Senkung der Quasi-Renten durch die "Ärztesschwemme" die Einkommenssituation der vorhandenen Anbieter gefährden könnte. Diese Gefährdung würde die Ärzte sodann verstärkt zum strategischen Verhalten verleiten.
- 25) Der Bereich mit negativen Grenzproduktivitäten kann durch gesundheitsschädigende Leistungsausweitung erklärt werden. Die Wirksamkeit einer Therapie mag einen gegenteiligen Effekt aufweisen, wenn sie in zu großem Umfang eingesetzt wird.
- 26) Wie bei Pauly (1980) S. 9-10 kann die Produktionsfunktion für den Patienten als "Block-Box" modellhaft angenommen werden.
- 27) "The role of the care to the physician is two-fold. First, it is an income-generating part of the physician's service; second, it is a form of self-protection against medical-malpractice litigation." Schlesinger (1983) S. 91.
- 28) Effektive und wirtschaftlich effiziente Behandlung im Sinne Cochranes (1972) S. 29-35, die eine vollständige Durchsetzung und Erfüllung des impliziten und expliziten Vertragswerks durch den Arzt als Agent und Manager bedeutet.
- 29) Ähnlich auch Männer et al. (1983) S. 13-14.
- 30) Hiermit ist eine spezielle Form des strategischen Verhaltens gemeint, nämlich die von Evans (1974) auf die z.B. von Feldstein (1974) dargelegten "Delegations-theorie" aufbauend formulierte Hypothese der einkommensmotivierten bzw. angebotsinduzierten Nachfrageausweitung. Eine endgültige empirische Überprüfung, um die Existenz dieser Form von strategischem Verhalten zu klären, ist bislang nicht erfolgt, trotz umfangreicher Arbeiten im amerikanischen, deutschen und schweizerischen Raum. Vgl. z.B. Sweeney (1982), Zweifel (1982) und Adam (1983). Auster und Oaxaca (1981) diskutieren die enormen Probleme einer geeigneten Spezifikation der angebotsinduzierten Nachfrage für empirische Überprüfung.
- 31) Das dem Honorierungssystem nach Behandlungsfällen anhaftende "revolving-door"-Phänomen ist ein Beispiel.

3. Ausgewählte Steuerungsinstrumente in der ambulanten Versorgung

Wie bereits die theoretischen Überlegungen in den ersten zwei Kapiteln zeigen, kann die Regulierung in Form von expliziten kontraktuellen Tauschbedingungen zur Steuerung der Ergebnisse auf dem spezifischen Markt für ambulante Leistungen besonders vielschichtig und umfangreich sein. Es wurde hypothetisiert, daß der Umfang der Eingriffe durch die erwarteten Abweichungen von den Soll-Erwartungen in der Leistungserstellung und -vermarktung bestimmt wird. Deshalb ist es interessant, solche Systemgestaltungen auf ihre allokativen Ergebnisse hin zu untersuchen, bei denen die Erwartungen regulierender Drittinstanzen über wirtschaftliche und medizinische Leistungsabweichungen offenbar divergieren. Solche Abschwächungen der Produzentenrechte bedeuten, daß die medizinische Versorgung entweder privatwirtschaftlich oder öffentlich organisiert sein kann, im extremsten Fall folgt daraus eine vollständige Einschränkung der Kapitalgeberrechte des ärztlichen Leistungsanbieters. Dieses dient als erstes Auswahlkriterium der Länder im Rahmen dieser internationalen Untersuchung von unterschiedlichen institutionellen Versuchen, die Problematik der Transaktionskosten auf dem ambulanten Markt zu lösen.

Nachdem die Verstaatlichung der Produktion nur einen Aspekt der Gesamtpalette der Regulierung der Eigentumsrechte des ärztlichen Personals als Kapitalgeber darstellt, wird hier als zweites Länderauswahlkriterium die Möglichkeit der Variation der Dispositionsbefugnisse in Bezug auf andere Funktionsbereiche der Ärzte innerhalb der öffentlich- bzw. privatrechtlich organisierten Versorgungssysteme angewandt, um ein möglichst breites Spektrum herzustellen. Die tatsächliche Auswahl nach den beiden Kriterien muß aber auch der Nebenbedingung der Vergleichbarkeit der Systeme genügen. Eine vollständige a priori Ausschaltung von Ergebnissen verzerrenden Ursachen ist in einem internationalen Vergleich kaum möglich. Da aber die vorliegende Untersuchung qualitativer Natur ist und folglich ausschließlich richtungsweisende und tendenzielle Aussagen über ärztliche Entscheidungen in unterschiedlichen Organisationsumwelten zu leisten bemüht ist, sind die Anforderungen an die Vergleichbarkeit nicht so rigide wie bei einer ökonometrischen oder statistischen Untersuchung.

Die untersuchten Länder sollten möglichst einheitliche demographische, historische, geographische und makroökonomische Eigenschaften vorweisen, obgleich beispielsweise aufgrund unterschiedlicher Steuersysteme und Diätgewohnheiten beträchtliche Abweichungen auf der Angebots- bzw. Nachfrageseite nicht ausgeschlossen werden können. Auch die Ausbildung der medizinischen Leistungserbringer muß gleiches Niveau aufweisen, um die potentiell erreichbare Qualität zu standardisieren.

Eine wichtige Restriktion bei der Auswahl von Systemen ist außerdem der Umfang und die Deckung des Versicherungsschutzes, um die Nachfrage ebenfalls zu vereinheitlichen, weil in dieser Arbeit die ärztlichen Dispositionen im Mittelpunkt stehen. Deshalb kommen nur Länder mit universellem (oder nahezu universellem) Versicherungsschutz und weitgehender Versicherungspflicht in Betracht. Die Gesamtheit dieser Bedingungen legt offen, daß nur Organisationsformen in Industrieländern mit relativ hohem Einkommensniveau und Pflichtversicherung der Gesamtbevölkerung in Betracht kommen können. Als Beispiel für eine privatwirtschaftliche Produktion wurden die Bundesrepublik Deutschland und Kanada ausgewählt. Für die Analyse einer verstaatlichten Produktion stellen Finnland und Schweden die Beispiele dar. In Bezug auf alle anderen ärztlichen Dispositionsbefugnisse weisen die Versorgungssysteme dieser Länder reichhaltige Variationsmöglichkeiten auf, wie die nun folgende Beschreibung zeigen soll.

Die Gesamtheit der Rechtsstruktur und die spezifischen expliziten kontraktuellen Bedingungen sind ein Versuch der Gesellschaft und ggf. der Interessenvertretungen, die Organisation und die Steuerung der ambulanten medizinischen Versorgung zu gestalten. Die Ausgestaltung der operationalen Umweltbedingungen kann sowohl alloкатive als auch distributive Zielvorstellungen verfolgen, und sie gibt den Stand der historischen, gesellschaftlichen und politischen Entwicklung und Machtverteilung wieder. So ist beispielsweise die in den nordischen Ländern vorherrschende öffentliche Produktionsübernahme im Gesundheitswesen nicht nur durch die langandauernde Tendenz zum sozialdemokratischen Paternalismus zu erklären, sondern hat viel tiefere historische Wurzeln.

Im 16. Jahrhundert verbannte Gustav Wasa, König von Schweden und Finnland, um seine eigene Staatsmacht gegenüber Kirchenfürsten zu befestigen, die katholische Kirche und etablierte die protestantische Kirche als Staatskirche. Gleichzeitig erhob er sich zum Kirchenoberhaupt. Dies bedeutete u.a. umfangreiche staatliche Funktionsübernahmen in den sozialen Bereichen, die bislang von katholischen Klöstern wahrgenommen worden waren, wie z.B. Ausbildung und Gesundheitsversorgung, v.a. Spitale. Hierdurch ist das breite öffentliche Engagement im Gesundheitswesen in den nordischen Ländern zu erklären, das in den letzten Jahrzehnten durch die Bemühung der sozialdemokratischen Parteien verstärkt auch im ambulanten Bereich durchgesetzt worden ist¹⁾.

Eine zentrale, vermeintliche Bemühung hinter solchen Organisationsstrukturen und den damit verbundenen Steuerungsmechanismen ist die Gewährleistung einer möglichst hohen und umfangreichen medizinischen Versorgung der breiten Bevölkerungsschichten. Wie die Beispiele Bundesrepublik und Kanada zeigen, kann diese Zielsetzung allerdings mit anderen Maßnahmen, ohne Verstaatlichung der Produktion, verfolgt werden. Beispielsweise die Bismarck'sche Sozialgesetzgebung und ihre Fortsetzung in diesem Jahrhundert sowie die kanadischen Versuche v.a. die der Regierung Trudeau im letzten Jahrzehnt sind besonders durch die Versorgungsausweitung motiviert gewesen. Das Ziel dieser Arbeit ist allerdings nicht eine ausführliche Diskussion der politischen Hintergründe von besonderen Eingriffen in die Dispositionsbefugnisse und -freiheiten der Marktteilnehmer. Das gegenwärtige Wissen würde allenfalls ein spekulatives Bild über die Motive der regulierenden Instanzen liefern²⁾. Vielmehr wird hier eine allokativen Analyse und Gegenüberstellung der Wirkungen und Wirksamkeit der unterschiedlichen Steuerungsmöglichkeiten in realen Systemen der medizinischen Versorgung angestrebt. Dieses Kapitel sucht zu diesem Zweck eine ökonomische Deskription der Ausgestaltung von bestehenden relevanten Rechtsstrukturen in vier unterschiedlichen Ländern zu bieten³⁾.

Eine Systematisierung und Gliederung der rechtlichen Umwelt orientiert sich an den möglichen und unterschiedlichen Kategorien von Regelungen der Betriebsformen, der Preisbildung und der Einkommensentstehung

sowie an denen der Leistungserstellung und Gütervermarktung⁴⁾. Diese Einteilung wurde gewählt, weil viele der regulierenden Maßnahmen nur schwer einem bestimmten ärztlichen Funktionsbereich eindeutig zugeordnet werden können. Vielmehr betreffen sie häufig simultan eine Vielzahl von ärztlichen Funktionen. Es wurde hier folglich versucht, nach den etwas globaleren Kategorien der ärztlichen Entscheidungsvariablen vorzugehen, die allerdings u.U. eine gewisse Unschärfe der beobachteten institutionellen und kontraktuellen Rahmenbedingungen der ambulant-medizinischen Tätigkeit verursachen. Der zweite Grund ist eher "technischer" Natur. Durch diese Klassifizierung der Regulierung werden nämlich die einzelnen Maßnahmen an den in Kapitel 1. ermittelten Modellüberlegungen analysierbar. Dieses wird angestrebt, um - zwar auf einem relativ hohen Abstraktionsniveau - miteinander vergleichbare und analytisch strukturierte Aussagen über die betrachteten Systeme und ihre Funktionsweisen zu ermitteln⁵⁾. Hierdurch wird auch verständlich, warum nur solche institutionellen und kontraktuellen Regelungen im folgenden Eingang gefunden haben, die auf die Ertragskraft der Praxen bzw. auf das Einkommen der Ärzte eine direkte Wirkung ausüben.

3.1. Auswahl der Betriebsformen

Grundsätzlich können die allokativen Entscheidungen des ärztlichen Personals als Kapitalgeber in der ambulanten Medizin durch die Regulierung der öffentlichen oder privatwirtschaftlichen Produktionseinheiten abgeschwächt werden. Der Eingriff in die Dispositionsbefugnisse des Arztes als Kapitalgeber wird damit allokativ gerechtfertigt, daß hierdurch ein positiver Beitrag auf die Effektivität der Behandlung für die Gesamtbevölkerung erreicht wird, d.h. daß der Erwartungswert der Behandlungseffizienz erhöht wird, weil die Beseitigung von wirtschaftlichen Motiven vermeintlich stärkere Beachtung der ärztlichen Ethik bewirkt⁶⁾. Wenn die verstaatlichte Entlohnung niedriger ist als das Markteinkommen des ärztlichen Personals, bedeutet ein solcher Eingriff distributiv eine Abschaffung bzw. einen Einkommens-transfer an die Versichertengemeinschaft.

Privatwirtschaftlichkeit als Organisationstyp bedeutet auf diesem

spezifischen Markt nicht gleich unregulierte Dispositionsbefugnisse des Arztes in Bezug auf Niederlassungsmöglichkeiten. Vielmehr sind die wählbaren Betriebsformen meist auch hier durch Drittinstanzen determiniert. In einer verstaatlichten Organisation der ambulanten Medizin besitzt der Arzt kaum noch Alternativen, und er ist nicht mehr als Kapitalgeber an dem Entscheidungsprozeß beteiligt. Diese Funktionen übernehmen stellvertretend die Bedarfs- und Stellenpläne der öffentlichen Instanzen. Dafür trägt er, im Gegensatz zu einem privatwirtschaftlich niedergelassenen Arzt, aber auch kein Risiko als Kapitalgeber. Das Kapitalrisiko ist allerdings auch auf regulierten Konkurrenzmärkten aufgrund von Marktzugangsbarrieren in Form von Professionalisierung in der Regel reduziert.

In der Bundesrepublik Deutschland ist die ambulante medizinische Versorgung in privaten Praxen der freiberuflichen Ärzte organisiert. Die meisten dieser Produktionseinheiten werden als Solopraxen geführt, weil eine fachgruppenübergreifende horizontale Integration bis 1969 nur in Ausnahmefällen möglich war. Die bisher entwickelten Formen der Integration erscheinen dem an eine vollständige Selbständigkeit gewöhnten Anbieter nicht wirtschaftlich attraktiv⁸⁾. Außerdem ist der Bezug von ärztlichen Management- und Produktionsleistungen außer zu Ausbildungs- und Vertretungszwecken nicht erlaubt. Innerhalb von Fachdisziplinen können sich allerdings Gruppen- und Gemeinschaftspraxen etablieren. Der freiberufliche Arzt fungiert als Kapitalgeber der Produktionseinheit und kann über den Niederlassungsort und die Ausstattung seiner Praxis relativ frei entscheiden. Dabei unterstützen ihn in der Regel die regionalen Standesorganisationen bei der Aufbringung von Fremdmitteln zur Praxisgründung oder -erweiterung. Weil die ärztlichen Kapazitäten als Produktionsfaktor beschränkt sind, sind dem letzteren Vorhaben Grenzen gesetzt⁹⁾. Zudem sind die regulierenden Drittinstanzen, wie die Standesorganisationen, v.a. über die Kassenärztlichen Vereinigungen, die beteiligten Finanziers bzw. Versicherungen und die Legislative (bei der hohen regionalen Konzentrationstendenz in die Großstädte) bemüht, die regionale Über- bzw. Unterversorgung durch Niederlassungsbeschränkungen zu beseitigen¹⁰⁾.

Die Ärzte in Kanada betreiben ebenfalls vorwiegend private Einzelpraxen. Die Besonderheit ist hier aber, daß die meisten Ärzte zusätzlich als Belegärzte der Krankenhäuser sog. hospital-privileges haben¹¹⁾. Dieser Zustand entspricht demjenigen, der in Schweden bis Anfang der sechziger und in Finnland bis Anfang der siebziger Jahre, vor der Verstaatlichung des ambulanten Bereichs, geherrscht hat. Die kanadischen Ärzte beziehen als Produktions- und dispositiver Faktor aus einer praxisexternen Tätigkeit ständiges Einkommen und gehen somit ein reduziertes existentielles Risiko bei der Gründung einer eigenen Praxis ein. Es ist wohl teilweise aus dieser strukturellen Besonderheit zu erklären, warum so wenige Ärzte von der Möglichkeit einer horizontalen Integration zur Gründung von Group- und Partnership-practices Gebrauch machen und warum die kanadischen Ärzte in den ambulanten Produktionseinheiten im internationalen Vergleich relativ niedrige durchschnittliche ambulante Arbeitsstundenzahlen leisten¹²⁾.

Es gibt in Kanada seit über zehn Jahren Versuche, die Produktion der ambulanten medizinischen Güter durch Gründung von kommunalen Gesundheitszentren (Community Health Centers) verstärkt zu verstaatlichen. Bislang sind diese Bemühungen jedoch aufgrund mangelnden Interesses der Anbieter gescheitert. Diese Einrichtungen haben allenfalls in ländlichen Regionen und in der Provinz Quebec nennenswerte Marktanteile erreicht¹³⁾. Die Dispositionsrechte über die regionale Standortfreiheit variieren aufgrund der bedeutenden politischen Autonomie der föderalistischen Provinzen wesentlich stärker als in den einzelnen Bundesländern in Deutschland. Zudem ist dies durch die unterschiedlichen relativen Machtstellungen der ärztlichen Standesorganisationen gegenüber den jeweiligen provinziellen Gesundheitsministerien und -behörden zu erklären¹⁴⁾.

Die Organisation der ambulanten Versorgung in Finnland und Schweden ist eine Mischung von konkurrierenden privatwirtschaftlichen und öffentlichen Systemen. Diese Situation ist als historisches 'Übrigbleibsel' aus einem Zwist zwischen den ärztlichen Interessenvertretungsorganen und den jeweiligen staatlichen Planungsbehörden bzw. der Legislative zu betrachten. Die Verdrängung der privatwirtschaft-

lichen Produktionseinheiten ist in Schweden weiter fortgeschritten, weil auch die Verstaatlichung des Sektors etwa zehn Jahre früher angesetzt hatte. Das Ziel des finnischen Gesundheits- und Sozialministeriums besteht darin, den Marktanteil der privaten Praxen von gegenwärtig ca. 8% der Behandlungsfälle auf 3%, also auf das gleiche Niveau wie in Schweden, zu drücken¹⁵⁾.

Die öffentliche Produktion in Finnland und Schweden ist strukturell in allgemeinärztliche und fachärztliche Versorgungseinheiten untergliedert. Die öffentlichen Produktionseinheiten übernehmen die allgemeine prophylaktische und kurative Versorgung der Bevölkerung. Die Gesundheitszentralen in Finnland sind kommunale Verwaltungseinheiten, die von einem administrativen und von einem ärztlichen Direktor geleitet werden und denen die einzelnen in der Region tätigen Ärztepraxen (Gesundheitshäuser) verwaltungstechnisch untergeordnet sind. In Schweden sind die einzelnen Produktionseinheiten direkt den Provinzverwaltungen untergeordnet¹⁶⁾. Die Verwaltung und die Planung der schwedischen Gesundheitshäuser sind somit auf provinzieller Ebene zentralistisch gestaltet, wogegen diese Aufgaben in den finnischen Versorgungseinheiten der autonomen kommunalen Ebene obliegen. Die Niederlassungs- bzw. die Wahlfreiheit eines Standortes ist in beiden Ländern durch zentrale Planvorgaben zur Gewährleistung einer ausreichenden Versorgung in der "Peripherie" abgeschwächt¹⁷⁾.

Die Einheiten beschäftigen wenige Spezialisten, und die Anzahl des ärztlichen und paramedizinischen Personals variiert. Für die Größe der Praxen sind die demographischen Faktoren der Bevölkerung in der zu versorgenden Region ausschlaggebend. Fachärztliche Versorgung und Betreuung erfolgt vorwiegend in den nicht-stationären ambulatorischen Produktionseinheiten der Krankenhäuser¹⁸⁾. Die Krankenhausärzte sind somit alternierend entweder der ambulanten oder stationären Tätigkeit zugeordnet. Allerdings besitzen einige größere ambulante Gesundheitshäuser auch geringe stationäre Kapazitäten für kurzfristige Aufnahme und Altenpflege¹⁹⁾. Die in dem verstaatlichten Bereich tätigen Ärzte besitzen weder Residuumsrechte an den Gewinnen der Produktion von Gesundheitsleistungen, noch gehen sie ein unternehmerisches Risiko ein.

Die Besonderheit im schwedischen System besteht in der fast gänzlichen Verdrängung des privaten ambulanten Sektors. Die ca. 800 niedergelassenen, ausschließlich frei praktizierenden privaten Ärzte sind auf die drei Großstädte, Stockholm, Göteborg und Malmö konzentriert²⁰⁾, und nur noch zwei von ihnen sind jünger als fünfzig Jahre. Trotz der prinzipiellen Möglichkeit der Gründung einer Privatpraxis wollen keine Ärzte mehr das Kapitalgeberisiko einer vollkommen selbständigen Tätigkeit eingehen, weil der verstaatlichte Versorgungsbereich zu einem übermächtigen Mitbewerber und Konkurrenten geworden ist²¹⁾ und dies für die privatwirtschaftlichen Anbieter ein erhöhtes Niederlassungsrisiko bedeutet. Außerdem verfügt die Provinzregierung über die Zulassung eines privaten Anbieters als Teilnehmer in das Rückerstattungsprogramm des Reichsversicherungswerkes und somit de facto über die wirtschaftlichen Möglichkeiten der Niederlassung²²⁾.

In Schweden ist im Hinblick auf die private Organisation der Anbieter eine interessante Entwicklung zu beobachten. Insbesondere im Großraum Stockholm sind private Ärztegemeinschaften entstanden, in deren Praxisräumen Allgemeinpraktiker, Krankenhauspezialisten, Firmenärzte und das im ärztlichen Notdienst beschäftigte ärztliche Personal teilweise beschäftigt sind. In ländlichen Regionen entstehen außerdem seit Neuestem sog. Besuchspraxen, in denen öffentlich beschäftigte Ärzte nebenberuflich Hausbesuche privatwirtschaftlich auf Gemeinschaftsbasis offerieren. In allen diesen Praxisformen, die als Ergänzung des staatlichen Systems entstanden sind und weiterhin wachsen²³⁾, sind viele der beteiligten Ärzte meistens als Kapitalgeber der aktiengesetzlich organisierten Unternehmen beteiligt.

In Finnland ist ebenfalls die Anzahl der Privatärzte und ihr Marktanteil seit Anfang 1970 rückläufig. Die Privatpraxisform, die sich nach der weitgehenden Verstaatlichung des ambulanten Sektors durchgesetzt hat, ist eine Gruppenpraxis mit fachdisziplin-übergreifender, horizontaler Integration. In solchen Gruppenpraxen, die auf die Großstädte konzentriert sind, sind die meisten Ärzte nur mittelbar Kapitalgeber²⁴⁾. Die Praxisräume gehören einer, häufig von Ärzten kollektiv gegründeten, Aktiengesellschaft, die die Räumlichkeiten und ggf. das Personal und die technischen Anlagen gemäß einer festen Verein-

barung wochentagsweise an die privatpraktizierenden Ärzte vermietet²⁵⁾. In der Regel sind hier nur Spezialisten tätig, da den in öffentlichen Ambulatorien beschäftigten Praktikern eine solche Nebentätigkeit im Gegensatz zu Schweden nicht erlaubt ist. Dagegen sind viele Krankenhausärzte nur teilzeitbeschäftigt und üben eine Nebentätigkeit als privater Spezialist in den tageweise gemieteten Praxen aus. Einige Fachärzte verzichten gänzlich auf das Einkommen aus einem Dienstverhältnis mit einem Krankenhaus und praktizieren täglich in wechselnden Praxismgemeinschaften, um durch regionale Nähe einen ausreichenden Patientenstamm zu gewinnen²⁶⁾. Die Konkurrenz der staatlichen Produktionseinheiten und die regulierenden Eingriffe auf die Nachfragefunktion bzw. die Kontrahierungsrechte (die unter 3.4. diskutiert werden) haben eine vollkommen selbständige Niederlassung für einen Arzt als Kapitalgeber weitgehend unattraktiv bzw. ökonomisch nicht tragbar gemacht. Durch die Gruppenpraxen werden die Gemeinkosten eines individuellen Anbieters reduziert und u.U. eine bessere Kapazitätsauslastung erreicht.

Zusammenfassend wird deutlich, daß die Kapitalgeberdispositionen in Form von Niederlassungsrechten als einkommenswirksame Regulierung der Betriebsform in den nordischen Ländern zwar sehr eingeschränkt sind. Doch es gibt noch einige Organisationsformen, die trotz der weitgehenden Verstaatlichung der medizinischen präventiven und kurativen Produktion sich wirtschaftlich haben behaupten können. Die Ärzte können hierdurch teilweise die strikte Budgetbeschränkung der staatlichen Entlohnung umgehen und ihre Einkommen erweitern. In den privatwirtschaftlichen Systemen Deutschlands und Kanadas sind die Niederlassungsmöglichkeiten ebenfalls beschränkt. Die kanadischen Ärzte haben allerdings bezüglich dieser Rechte einen größeren Frei- raum, weil sie nicht wie ihre deutschen Kollegen vorwiegend in Einzelpraxen produzieren müssen. Im Prinzip könnten sie sogar ihre Einkommenchancen als residuumsberechtigter Kapitalgeber aus der ärztlichen Praxis durch die Einstellung von weiteren ärztlichen Management- und Produktionskräften erweitern²⁷⁾.

3.2. Preisbildung und Einkommensentstehung

Die folgenden, hier zu diskutierenden Regelungen betreffen die Preisbildung und Honorierungsformen als Determinanten des Umsatzes bzw. des Einkommens der ärztlichen Tätigkeit in ambulanten Produktionseinheiten. Die Eingriffe in diese Dispositionsbereiche regeln die vertraglichen Bedingungen zwischen den Anbietern und den Patienten bzw. den Versicherungen und legen die Preise sowie die Kalkulationsgrundlage der Abrechnung fest. Der direkteste Versuch für den Versicherungsträger, seine unsicherheitsbedingten Transaktionskosten (v.a. monitoring des Preisverhaltens der Leistungserbringer) zu reduzieren, ist eine feste Entlohnung nach einem Arbeitsvertrag, wie im Falle einer verstaatlichten Produktion.

Die Einkommensmöglichkeiten des Arztes als Kapitalgeber werden durch die Verstaatlichung gänzlich abgeschafft. Das Extreme einer öffentlichen Produktionsübernahme, die Einkommensrechte des Arztes einzuschränken, ist allerdings nicht die einzige Möglichkeit, die Dispositionsräume zu beeinflussen. Innerhalb der privatwirtschaftlich organisierten Systeme des ambulanten Versorgungsbereichs können ebenfalls zahlreiche Abschwächungen der ärztlichen Rechte beobachtet werden. Diese Einschränkungen betreffen den Arzt nicht nur in seiner Rolle als Kapitalgeber sondern auch als Manager und Produktionsfaktor.

Der Einsatz sämtlicher verwendeter Faktorinputs und ggf. Abschreibungen muß von dem Mittelaufkommen der Praxis bestritten werden. Obgleich eine Trennung in Kapitalgeber/Produktionsfaktor eigentlich fiktiv ist und lediglich der analytischen Klarheit wegen vorgenommen wird, kann diese den Unterschied zwischen einer öffentlichen und privatwirtschaftlichen Produktion verdeutlichen. Der Arzt wird als öffentlicher Bediensteter ausschließlich für seinen Faktoreinsatz und für die Wahrnehmung eventueller Managementaufgaben, meist leistungsungebunden, entlohnt. Ein privatwirtschaftlich niedergelassener Kollege muß aber zusätzlich für die Überlassung von Finanzmitteln zur Kapitalausstattung seiner Praxis entschädigt werden. Die Einschränkungen der Ertragsrechte regulieren die Entlohnung der ärzt-

lichen Inputs als Kapitalgeber, dispositiver und Produktionsfaktor.

In der Bundesrepublik Deutschland herrscht ein leistungsbezogenes Einkommensregime der ärztlichen Entlohnung. Die Umsätze der Arztpraxis werden durch die Beiträge²⁸⁾ der Bevölkerung an die gesetzlichen Krankenkassen und privaten Versicherungsgesellschaften bzw. durch Selbstbeteiligung der Mitglieder in den letztgenannten Risikoversorgungseinheiten finanziert. Die Preisbildung ist reguliert und beinhaltet die direkten Kosten und einen Deckungsbeitrag für die Gemeinkosten und die Faktorleistungen des Arztes. Die Faktorentlohnung beinhaltet die Bezahlung des ärztlichen Faktoreinsatzes und einen fiktiven Unternehmerlohn. Die jeweilige Gewichtung des Honorars in Gewinn- und Kostenanteil reflektiert die Vorstellungen und Verhandlungspositionen der regulierenden Instanzen. Auf der mikroökonomischen Produktionsebene kann ein individueller Arzt natürlich durch besonders effizientes Management der Leistungserstellung und Aufgaben-delegation die Aufteilung der Komponenten beeinflussen, weil die Bestimmung des Kostenanteils nach durchschnittlich erwarteten Praxisaufwendungen erfolgt. Als Verrechnungsbasis ist grundsätzlich nur die Form der Einzelleistungsvergütung erlaubt.

Der Wert einer Einzelleistung für die Behandlung von sog. Kassenpatienten setzt sich aus dem Preis und einem Punktwert der Leistung zusammen. Einer einzelnen Leistung ist in dem Bewertungsmaßstab für kassenärztliche Leistungen (BMA) eine Punktzahl zugeordnet, die den relativen Preis der Leistungen nach Faktoraufwendungen in dem Leistungskatalog bestimmt. Es handelt sich hier, gemäß der vorangestellten Überlegungen, um eine inputorientierte Festpreisvergütung von medizinischen Leistungen, weil die Faktoreinsätze und ihre Entlohnung die Preisbildung determinieren. Die Gesamtvergütung für die ambulante Behandlung und den Preis des Einzelpunktes bestimmen die Kassenärztlichen Vereinigungen in Verhandlungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen, nach Anhörung der Empfehlungen der Konzierten Aktion im Gesundheitswesen. Die Plafondierung der Laborausgaben soll sich an der Entwicklung der makroökonomischen Lohnsumme orientieren²⁹⁾.

Die Verrechnung für die Behandlung von privatversicherten und nicht-

versicherten Patienten wird in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), deren endgültige Form der Legislative administrativ über eine Verordnung obliegt, geregelt. Als Verrechnungsgrundlage funktioniert auch hier ein Katalog von unterschiedlichen, nach diagnostischen und therapeutischen Eingriffsmerkmalen geordneten Leistungspositionen. Die Preise der medizinischen Leistungen sind zwar vorgegeben, der Arzt kann jedoch den Preis seiner Leistungserstellung durch einen Verrechnungsspielraum beeinflussen. Im Prinzip waren ihm Möglichkeiten gegeben, den vorgegebenen Grundpreis mit einem Prozentsatz zwischen 100 und 600% zu gewichten³⁰⁾. Der neue Höchstsatz beträgt 350% des Grundsatzes. Allerdings begleichen die privaten Versicherungen, im Zuge ihrer Ausgabendämpfungsbemühungen, ihren Mitgliedern, die für ihre Behandlung mit Rückerstattung zahlen, bis zu 180% bei technischen und 230% bei ärztlichen Leistungen des GOÄ-Grundsatzes (Punktzahl x 0,1) als Regelsatz, dessen Überschreitung einer schriftlichen Begründung bedarf.

Die Honorierung nach BMA kann als Festpreis und die nach GOÄ als Regelpreis bzw. als Höchstpreis interpretiert werden³¹⁾. Somit determiniert weitgehend das Volumen der jeweils abgegebenen Leistungen den Umsatz und die Einkommensentstehung der Arztpraxen. Die Anwendung des diskretionären Spielraums der GOÄ dürfte wegen der hohen Transaktionskosten der schriftlichen Begründung in vielen Fällen nicht lohnend sein.

Die Behandlung wird in Kanada, ähnlich wie in Deutschland, nach der Zahl der abgegebenen Leistungen honoriert. Trotz der prinzipiell ähnlichen Liquidationsbasis existieren jedoch erhebliche Unterschiede in der faktischen Ausgestaltung des Honorarwerkes. Nach der Reform des kanadischen ambulanten Versorgungsbereichs zu Beginn der siebziger Jahre bildet das nationale und provinzielle Steueraufkommen die Hauptquelle der Finanzierung in den ärztlichen Praxen³²⁾. Ähnlich wie in der kassenärztlichen Vergütung der deutschen Ärzteschaft stellen die kanadischen Ärzte ihre Leistungen nicht dem Patienten sondern den provinziellen den Gesundheitsministerien unterstellten Medical-Care-Verrechnungsstellen in Rechnung³³⁾. Der Unterschied besteht darin, daß die kassenärztlichen Vereinigungen als standesorganisier-

te Verrechnungs- bzw. Clearingzentralen den Finanziers, d.h. Krankenkassen, unmittelbar gegenüberzutreten, wogegen in Kanada allenfalls, und dann nur mittelbar, die Canadian Medical Association die Preisbildung im Verhandlungsinteresse ihres Standes mitgestalten kann³⁴⁾.

Werden in Deutschland die erbrachten ambulant-medizinischen Leistungen gemäß des Verrechnungskataloges den Ärzten, unabhängig von dem tatsächlichen Leistungsersteller, erstattet, so ist das kanadische Honorierungswerk lediglich auf die Leistungen beschränkt, die aufgrund allgemeiner medizinischer Überlegungen ausschließlich von Ärzten produziert werden. Eine solche Einschränkung des Leistungskatalogs bedeutet einen regulierenden Eingriff in die Dispositionsfreiheit des ärztlichen Kapitalgebers. Nicht nur der Preis ist durch die Exekutive der jeweiligen Provinz reguliert, sondern ebenfalls der Umfang der verrechenbaren Leistungen. Es wird dem Arzt zwar eine Entlohnung für die Zurverfügungstellung von ärztlichen Produktionsfaktoren und des Finanzierungskapitals der Praxisräume (Gemeinkosten) geleistet, doch wird er für den Einsatz und das Management des Hilfspersonals und der technischen Geräte nicht entschädigt. Diese Regelung ist allerdings nur für die Ärzte verbindlich, die an dem Medical-Care-Plan teilnehmen und sich nicht für opting-out entschieden haben (siehe 3.4.).

In einigen Provinzen existieren Abschwächungen der Ertragsrechte des ärztlichen Kapitalgeber/Produktionsfaktors in Form von vierteljährlichen Höchsteinkommen. Ist dieser Höchstbetrag erreicht, dann kann der Arzt bei dem zuständigen Medical-Care-Plan die zusätzlichen Leistungen, wie in Quebec, für 25% des ursprünglichen Honorars in Rechnung stellen³⁵⁾. In anderen Provinzen überwachen peer-reviews die Entwicklung der ärztlichen Einkommen, aber de facto führt das Überschreiten der Einkommengrenzen selten zu Strafmaßnahmen. Damit wird versucht, der Budgetierung zur Ausgabendämpfung abermals Nachdruck zu verleihen³⁶⁾. Dieses individuelle "Capping" ist ein wesentlich tieferer Eingriff in die Ertragsrechte des ärztlichen Personals als die in der Bundesrepublik beabsichtigte globale Budgetierung. Der Arzt muß u.U. Patienten behandeln, obwohl er nur ein Viertel des vereinbarten Honorars erhält. Außerdem führen die Finanzierungsträger

ständige stichartige Interviews in der Bevölkerung, ob der Arzt tatsächlich die Leistungen, die er monatlich angegeben hat, erbracht hat.

Die öffentlichen Produktionseinheiten in Finnland und Schweden ähneln sich hinsichtlich ihrer Organisationsstruktur, weil in beiden Systemen eine verstaatlichte Integration der Produktions- und Finanzierungsfunktion durchgeführt wurde. Unterschiede bestehen vorwiegend in der Gestaltung der Kontrahierungsrechte bzw. der Vermarktung der medizinischen Güter (Abs. 3.4.) und in Bezug auf das Mittelaufkommen. Die finnischen kommunalen Gesundheitszentralen unterliegen administrativ der nationalen Zentralbehörde der Medizinversorgung³⁸⁾, die nach dem Erhalt der globalen Budgetplanvorgaben vom Finanz- resp. Gesundheits- und Sozialministerium die Finanzmittel an die einzelnen Gesundheitszentralen bestimmt. Der Rest wird aus dem Kommunalbudget bestritten. Diese Verwaltungseinheiten, denen die Gesundheitshäuser als produzierende Versorgungseinheiten unterstellt bzw. angeschlossen sind, sind trotz des zentralistischen Mittelaufkommens in ihrer Planung innerhalb der Budgetbeschränkung frei³⁹⁾.

In Schweden sind die produzierenden Gesundheitshäuser den Behörden der Provinzverwaltungen⁴⁰⁾ direkt untergeordnet. Ihre Tätigkeit wird anteilmäßig durch das nationale bzw. provinzielle Steueraufkommen finanziert. Die Gesundheitshäuser erhalten ihre weitgehend zweckgebundenen Mittel direkt von den Provinzbehörden⁴¹⁾. Über diese Zweckgebundenheit können die einzelnen Produktionseinheiten kaum noch mitbestimmen, weil die Verwaltung und Planung den Regierungen der Provinz obliegt.

Für die einzelnen Zentralen, ihren Verwaltungen und ihrem ärztlichen Personal ist jedoch die Form der übergeordneten Bürokratien in dieser mikroökonomisch orientierten Studie fast gleichgültig, obgleich durch die Budgetierungsmethoden, abhängig von dem Verhandlungsweg, unterschiedliche Planvorgaben entstehen mögen. In Finnland werden die Verwaltungs- und die ärztlichen Direktoren der Gesundheitszentralen für Verhandlungen mit einem Zentralorgan konfrontiert, und der Budgetumfang wird neben den ermittelten Bedarfsplänen durch die per-

sönliche Durchsetzungsfähigkeit der Leiter mitbestimmt. In Schweden wird der Budgetumfang von der Provinzverwaltung relativ autonom bestimmt. Es sind umfangreiche Variationen des Budgetvolumens und der Ausgabenentwicklung zwischen den Provinzen zu beobachten, die mit den provinziellen Eigentümlichkeiten der Ressourcenverteilung und der jeweiligen Wirtschaftskraft teilweise erklärt werden können⁴²⁾.

Allgemein kann das zugeteilte Gesamtbudget einer Gesundheitszentrale in zwei Teiletats betrachtet werden. Zum einen wird aus dem Budget die Tätigkeit der Verwaltungseinheiten abgedeckt⁴³⁾. Das Teilbudget der Administration ist in Schweden geringer als in Finnland, weil der unternehmerische Teil (z.B. planerisches Management) der Administration in Schweden weitgehend dem zuständigen provinziellen Ministerium zugeordnet ist. In Finnland sind sie jedoch autonom agierende Einheiten in den Gesundheitszentralen. Diesen Verwaltungseinheiten sind in Finnland sodann die eigentlichen kommunalen Versorgungseinheiten unterstellt.

Die Administration übernimmt in der öffentlichen Produktion von medizinischen Leistungen die planerischen und dispositiven Aufgaben des Arztes, weil das ärztliche Personal nicht mehr die Rolle eines Kapitalgebers innehat. Dem Arzt obliegen nur noch tägliche Managemententscheidungen, mit den Ressourcen, die durch den zweiten Teil des Budgets für die tatsächliche medizinische Versorgung gegeben sind, die Produktion der benötigten Leistungen zu bewältigen. Für die administrativen Einheiten erfolgt die Budgetzuteilung nach einem gebietsgrößenorientierten Kostendeckungsprinzip. Die Zuteilungsinstanzen bestimmen den Umfang des Versorgungsteilbudgets nach der Zahl der erwarteten Behandlungsfälle in der Region. Diese erwartete Leistungsmenge wird sodann mit einem erwarteten oder geschätzten durchschnittlichen Preis, der die Kosten inkl. Personal beinhaltet, multipliziert, um die Versorgungsaufwendungen zu ermitteln⁴⁴⁾. Aus diesem Budget werden das ärztliche Personal für seine Produktions- und Managementtätigkeit sowie die sonstigen Mitarbeiter nach Besoldungstarifen bezahlt.

Die privatwirtschaftlichen Praxiseinheiten in Finnland finanzieren

ihre Tätigkeit durch die Umsätze, die von Ärzten in ihren Mietpraxen erzielt werden. Die Verrechnung wird aufgrund einer fallpauschalierten Kalkulationsbasis vorgenommen. Das Honorarwerk umfasst einen Grundpreis, differenziert nach Erst- und Folgebesuchen, mit einer Regelung von Niedrigst- und Höchstpreisen (44-73 FIM), wobei für nächtliche sowie für Sonn- und Feiertagsbehandlungen und Hausbesuche Sonderzuschläge erlaubt sind⁴⁵⁾. Neben diesem Grundtarif kann, nach sieben Sonderkategorien eingeteilt, ein Zuschlag für die geschätzte Zeitintensität der ambulanten Diagnose und Therapie verrechnet werden⁴⁶⁾. Innerhalb dieser Leistungsgruppen existieren ebenfalls diskretionäre Preisspannen im Rahmen von Höchst- und Niedrigstpreisen. Außerdem dürfen Spezialisten die Sätze in ihren engen Spezialgebieten bis zu 15%, universitäre Privatdozenten und Professoren einer Fachdisziplin den offiziell vorgeschriebenen Preis bis zu 30% bzw. 50% überschreiten⁴⁷⁾. Der Arzt stellt dem Patienten die Leistungserbringung direkt in Rechnung. Die Rückerstattungsmöglichkeiten der "Out-of-Pocket-Payments" werden unter den ärztlichen Kontrahierungsrechten (Abs. 3.4.) diskutiert.

Die privatwirtschaftlichen Ärzte in Schweden werden für die Behandlung direkt von dem steuerfinanzierten Reichsversicherungswerk vergütet. Die Vergütung beträgt 150 Skr. pro Behandlungsfall, unabhängig von den Maßnahmen und wird um 20 Skr. für Hausbesuche erhöht. Dieser Betrag wird zusammen vom Sozialministerium und den Provinzbehörden bestimmt und nur den an dem Programm des Reichsversicherungswerks beteiligten Ärzten erstattet⁴⁸⁾. Die Regelung gilt sowohl für die rein privatpraktizierenden als auch für die in privatwirtschaftlichen Versorgungseinheiten und in den Besuchspraxen teilzeitbeschäftigten Ärzte.

Die privatpraktizierenden Ärzte in Finnland können ihre Preise noch nach Schwierigkeit und Spezialität der ausgeführten Behandlung gestalten. Dem schwedischen Privatarzt, der einen symptomunabhängigen Höchstpreis von 150 Skr. verrechnen kann, sind die Einkommenserzielungsrechte in Anbetracht des relativ niedrigen Preises besonders abgeschwächt. Diesen zwei unterschiedlichen Formen der administrierten Preisgestaltung dürfte folgende Überlegung zugrundeliegen. Das

steuerfinanzierte schwedische Reichsversicherungswerk versteht den Arzt als umverteilende Institution zwischen Patienten mit unterschiedlichen Krankheitssymptomen. Die Krankheitsklassen, deren Behandlungskosten über dem administrierten Preis liegen, werden von den unterhalb des Durchschnittspreises liegenden Krankheitsklassen finanziert. Im Gegensatz zu dem finnischen privatärztlichen Honorarwerk entsteht hier deutlicher eine "Cross-Subsidisation" nach Symptomstärke und Behandlungsintensität. In einer langfristigen Betrachtung bedeutet dies eine Finanzierung der schlechten Risikofälle durch die guten. Die Ärzte dürften allerdings nur solange ihr Angebot aufrechterhalten, wie die Erlöse die Kosten in ausreichendem Maße überschreiten.

Vergleichend kann festgestellt werden, daß die Einkommensrechte in Deutschland vorwiegend bei der Preisbildung eingeschränkt sind. Die kanadischen Maßnahmen zur Entlohnung der faktischen ärztlichen Leistungen und die Eingriffe in das Umsatzpotential schränken die Einkommensmöglichkeiten in größerem Umfang ein. Ein Arzt kann zwar diese Restriktion durch opting-out umgehen, jedoch muß die Marktsituation eine solche Entscheidung zulassen. Die strenge Reglementierung der Preise und Kalkulationsgrundlagen beschränken die Einkommenserzielung der privat tätigen Anbieter in Finnland und Schweden. Allerdings können sie, im Gegensatz zu ihren Kollegen in öffentlichen Produktionseinheiten, die nicht leistungsorientiert entlohnt werden, ihre Einkommen durch individuelles Angebotsverhalten wirksam beeinflussen.

3.3. Bedingungen der Leistungserstellung

Mit der Gestaltung der Produktionsbedingungen sollen die medizinischen Unsicherheiten der Patienten beseitigt werden. Die Regelung, wer produzieren darf und was produziert werden soll, versucht die ärztlichen Entscheidungen als medizinischen Agenten des Patienten zu steuern. Analytisch gesehen werden hier die Substitutionselastizitäten in der Produktion beeinflusst und die Einhaltung einer medizinisch wirksamen Produktpalette angestrebt.

Die Unsicherheiten in der Herstellung der ambulanten Leistungen werden durch Professionalisierung zu reduzieren versucht. Die Appro-

bation als Marktbarriere soll durch die vorausgesetzte fachliche Kompetenz die Behandlungsqualität ex ante sichern. Die juristische Haftung und die damit verbundenen wirtschaftlichen Konsequenzen sollen als drohende Sanktion die Qualitätssicherung ex post durchsetzen. Aufgrund der Unterschiedlichkeit der arbeitsrechtlichen Vertragsbedingungen zwischen den Produktionsfaktoren in verschiedenen ambulanten Versorgungsformen variieren, trotz homogener Technologie, auch die Weisungsbefugnisse des Managements in der Herstellung von diagnostischen und therapeutischen Leistungen. Diese Abschwächungen der Managementbefugnisse dienen medizinisch der ex ante-Sicherung der Prozeßqualität, können aber auch wirtschaftlich bzw. allokativ motiviert sein. Die Einschränkung der Aufgabendelegation soll den Arzt zur Einhaltung seiner Pflichten als Agent der Patienten bei der Herstellung des medizinischen Güterbündels bewegen.

Allgemein kann in den betrachteten Systemen der ambulant-medizinischen Versorgung gegenwärtig eine Tendenz für die breite Anwendung der ex ante Kontrolle von Behandlungsstandards in Form von Ausbildung als Qualitätssicherung in der Produktion beobachtet werden. Die Haftungsregel zur Durchsetzung der Sollerwartungen wird in den privatwirtschaftlich organisierten Systemen gegebenenfalls durch das allgemeine Zivil- und Strafrecht gesichert und wird gegebenenfalls ergänzt durch Maßnahmen der Standesorganisationen. In den staatlichen Versorgungsorganisationen wiederum sind Disziplinarverfahren mit unterschiedlichen Folgen für den individuellen Leistungsersteller (Entlassung oder Schadensersatzregelung) als absichernde Sanktionsmechanismen einsetzbar.

In der Bundesrepublik Deutschland ist die Approbation als Marktzugangsregelung den ärztlichen Standesorganisationen in Selbstverwaltung überlassen. Die Eintrittskontrolle erfolgt in den Bundesländern durch die Landesärztekammern, die zur Erfüllung ihres Auftrages zur Prozeß- und Produktqualitätssicherung als autonome Körperschaften mit öffentlich-rechtlichen Handlungsvollmachten ausgestattet sind⁴⁹⁾. Den Landesärztekammern obliegt nicht nur die Gestaltung der Approbation und danach die Weiterbildung der Anbieter auf dem Markt, sondern ebenfalls die Überwachung und Sanktionierung abweichender Leistungserstellung⁵⁰⁾.

Zwar wird in den jeweils zuständigen Zivilgerichten über die groben Verletzungen der Sollerwartungen verhandelt, jedoch können die Standesorganisationen bei festgestellten Leistungsmängeln ihrerseits ergänzende Sanktionen erlassen⁵¹⁾. Bei geringeren Abweichungen von den erwarteten Qualitätsstandards funktionieren drohende Standessanktionen als absichernde Haftungsregeln. Die Tätigkeit der Landesärztekammern kann zudem durch Maßnahmen der kassenärztlichen Vereinigungen, wie z.B. durch die Rücknahme der wirtschaftlichen Existenzgrundlage bzw. des kassenärztlichen Niederlassungsrechts⁵²⁾ oder durch ein Verbot bestimmter Diagnose- und Therapieverfahren unterstützt werden⁵³⁾.

Die niedergelassenen Ärzte in der ambulanten Versorgung in der Bundesrepublik haben umfangreiche Produktionsrechte im Hinblick auf Beschäftigung von paramedizinischen Hilfskräften und technischen Hilfsmitteln⁵⁴⁾. Laborleistungen zur Diagnose müssen sogar unter der Aufsicht des behandelnden Arztes, entweder in der Praxis direkt oder in einer Laborgemeinschaft mehrerer Ärzte erbracht werden. Die innerbetriebliche Faktorsubstitution zur Aufgabendelegation unterliegt kaum regulierenden Beschränkungen, sondern hier verläßt sich der Gesetzgeber auf die ärztliche Aufsicht. Der Produktionsausweitung durch ärztliche Faktoreinsätze sind Kapazitätsgrenzen gesetzt, da ein Anbieter keinen anderen Arzt in einem abhängigen Arbeitsverhältnis beschäftigen darf⁵⁵⁾. Jedoch ist ihm im Rahmen der ausbildungsbedingten Qualitätsstandards jegliche sonstige Faktorsubstitution erlaubt. Es ist natürlich schwer zu überwachen, ob die Grenzen des Qualitätssolls tatsächlich eingehalten werden, da bis auf die Überwachung durch Standesorganisationen keine wirksame Absicherungen gegen wirtschaftlich motivierte, medizinisch nicht vertretbare Aufgabendelegation existieren.

Bereits die Gestaltung des Honorarwerkes in Kanada ist teilweise als ex ante-Maßnahme gegen unsachgemäße Aufgabendelegation zu interpretieren. Um wirtschaftlich motivierte Leistungsdelegation an das paramedizinische Personal zu vermeiden, werden dem ambulant praktizierenden Arzt in Kanada kaum Labor- und technische Leistungen vergütet. Gemäß dem Honorarwerk kann er nur solche Leistungen ver-

rechnen, die tatsächlich seinen persönlichen Einsatz erfordern. Der Leistungskatalog umfasst zudem weniger Positionen als die entsprechenden Werke in der Bundesrepublik und differenziert relativ wenig zwischen allgemeinen und speziellen Leistungen⁵⁶⁾. Der kanadische Arzt muß die diagnostischen und therapeutischen Laborleistungen somit betriebsextern erstellen lassen. Diese externen Laboreinheiten können entweder privatwirtschaftlich oder öffentlich organisiert sein. In den privatwirtschaftlichen Labors sind die Ärzte allerdings u.U. als Eigentümer beteiligt⁵⁷⁾, und die öffentlichen Labors sind den provinziellen Gesundheitsbehörden unterstellt. In beiden Fällen kommt der jeweilige Medical Care Plan für die Kosten der Patienten durch Rückerstattung bzw. "Kostenlosigkeit" durch direkte Verrechnung auf.

Mit der speziellen Ausgestaltung des Honorarwerkes sind einige Ursachen beseitigt worden, die bislang Abweichungen in der Prozeßqualität aufgrund unsachgemäßer Aufgabendelegation u.U. hervorriefen. Für die Überwachung und Sanktionierung beobachtbarer Qualitätsdefekte im Leistungsangebot (Produktqualität) sind die provinziellen dem Gesundheitsministerium untergeordneten Medical Boards zuständig, obgleich wie in Deutschland in Fällen grober Verletzungen Gerichte als letzte Instanz über die Schadensersatzregelungen entscheiden. Außerdem verfügen die Canadian Royal Colleges of Physicians and Surgeons⁵⁸⁾ als die Niederlassungsrechte in sämtlichen kanadischen Provinzen überwachenden Organe über Eingriffsmöglichkeiten in die ärztlichen Rechte der Leistungserstellung. Der Standesorganisation obliegt es als extrem drohende Sanktion bei erheblichen Qualitätsmängeln die Approbierung landesweit zu widerrufen.

In den staatlichen Versorgungssystemen Finnlands und Schwedens erfolgt die Kontrolle der Ausbildung und Approbierung der selbständig tätigen Produzenten für den ambulanten Markt durch staatliche, den Gesundheitsbehörden bzw. -ministerien untergeordnete, Überwachungsorgane⁵⁹⁾. In bedeutenderem Maße als in der Bundesrepublik Deutschland und Kanada sind in den beiden nordischen Ländern andere nicht-ärztliche selbständig produzierende Leistungsanbieter auf dem ambulanten Markt zugelassen. In Kanada existiert zwar ein System der selbständigen Nurse Practitioners, diese arbeiten aber vorwiegend

in den dünn besiedelten nördlichen Regionen des Landes und bedeuten keine Konkurrenz für die ambulant tätigen Ärzte. In Deutschland praktizieren selbständig ambulante Heilpraktiker, jedoch stellen sie aufgrund der kassenrechtlichen Bedingungen, wonach ein Primärkontakt mit einem solchen alternativen Leistungsanbieter von der Kasse bzw. Krankenversicherung nicht bezahlt wird, kein großes Konkurrenzpotential dar. Die öffentlichen Produktionseinheiten in Finnland und Schweden beschäftigen speziell ausgebildete Krankenschwestern, die unter eigener Verantwortung und mit selbständigen Entscheidungsbefugnissen ambulante Leistungen herstellen. Ihre Produktionspalette ist zwar vorwiegend auf präventive Beratung und Überwachung des kurativen Prozesses eingeschränkt, jedoch können sie auch selbständige Diagnose- und Therapieleistungen erbringen. Diese Krankenschwestern stellen, im Gegensatz zu Nurse Practitioners in Kanada, eine auch in Großstädten verbreitete Form von Leistungserstellung dar. Sie sind jedoch aus der Sicht des Patienten nicht ausschließlich substitutionale sondern auch komplementäre Anbieter zu den ärztlichen Produzenten und sind somit nicht als reine Konkurrenz der Ärzte anzusehen.

Die staatlichen Approbationsinstanzen sind für die Überwachung der Produkt- und Prozeßqualität zuständig⁶⁰⁾. In öffentlichen Produktionseinheiten bedeutet dieses, daß diese Instanz ebenfalls der oberste Dienstherr ist. Die potentiellen Strafmaßnahmen gegen einen Anbieter aufgrund von Qualitätsmängeln in der Leistungserstellung werden innerhalb der Behörde in Form von Disziplinarverfahren durchgeführt. Dabei variieren die Sanktionen zwischen finanziellen Strafen und gegebenenfalls Entlassung. Geringere Vertragsverletzungen werden innerbetrieblich durch die Sanktionen seitens der ärztlichen Direktoren geregelt. Bei festgestellter extremer Fahrlässigkeit eines Arztes kann der Patient den individuellen Anbieter auch vor Gericht anklagen. Allerdings kommen solche Verfahren im ambulanten Bereich äußerst selten vor⁶¹⁾. Eine freiwillige Haftpflichtversicherung wird in beiden Ländern als Schutz gegen Malpractice-Klagen durch die Ärzteverbände angeboten⁶²⁾.

Gegenüber dem Patienten ist der Dienstherr die haftende Instanz und

muß selbst, anstelle des individuellen Arztes, die Schadensersatzregelungen an die Patienten übernehmen. Diese Forderungen werden nicht unbedingt durch einen finanziellen Ausgleich geregelt, sondern v.a. in geringeren Fällen durch Transferleistungen weiterer staatlicher Produzenten zur Wiederherstellung der Gesundheit. Ist dieses nicht mehr möglich, wird meist per Gerichtsentscheidung von den staatlichen Kontrollinstanzen ein Schadensersatz an den Geschädigten geleistet.

Die privatwirtschaftlich produzierenden ärztlichen Anbieter haften individuell für mangelhafte Produkt- und Prozeßentscheidungen. Allerdings tritt in extremen Fällen die staatliche medizinische Kontrollinstanz als Nebenkläger in Gerichtsprozessen auf. Außerdem überwacht diese Behörde ebenfalls die Erteilung und den Widerruf der Approbation der privaten Ärzte und somit letztlich die Leistungsqualität der Anbieter.

Die privaten Produzenten in den Gemeinschaftspraxen können in den beiden Ländern im Prinzip Labor- und Geräteleistungen durch Aufgabendelegation praxisintern erstellen oder von externen Produzenten beziehen. Der Ausnutzung des Delegationspotentials sind allerdings wirtschaftliche Grenzen gesetzt. Die schwedischen Privatärzte dürfen nicht gesondert für selbstproduzierte Labor- und technische Leistungen verrechnen. Diese sollen in den administrierten Höchstpreisen berücksichtigt werden. Da der Preis pro Besuch recht niedrig ist, sind umfangreiche Laboruntersuchungen kaum wirtschaftlich lohnend. Werden die Leistungen von externen Labors bezogen, so können zusätzlich maximal 150 Skr. pro Behandlungsfall gegenüber dem Reichsversicherungswerk verrechnet werden⁶³⁾. Die finnischen Privatärzte können zwar ebenfalls Labor- und technische Leistungen in den Gemeinschaftspraxen erstellen und Aufgaben delegieren, jedoch müssen diese zum Selbstkostenpreis hergestellt und verrechnet werden. Häufig werden allerdings externe privatwirtschaftliche Labors für solche Nebenleistungen herangezogen. Die Rechnung der externen Leistungserstellung gilt als Kostengrundlage gegenüber den Patienten und darf bei Verrechnung nicht mit einem Zuschlag versehen werden. Eine implizite Form des fee-splitting wäre denkbar, weil viele externe Labors ebenfalls Ärzten gehören, die in Gruppenpraxen beteiligt sind.

Die Faktorsubstitutionsmöglichkeiten und das Delegationspotential sind in den öffentlichen Praxen in Schweden und Finnland in zweierlei Hinsicht eingeschränkt. Für das paramedizinische Hilfspersonal gelten umfassende Funktions- und Tätigkeitsbeschreibungen, wodurch die ärztlichen Befugnisse als dispositiver Faktor beschränkt sind. Außerdem unterliegen die paramedizinischen und technischen Kapazitätsentscheidungen nicht den ärztlichen Entscheidungsträgern, sie werden vielmehr gemäß der Stellen- und Gerätepläne der kapitalgebenden bzw. finanzierenden Verwaltungsorgane getroffen. Die praktischen Ärzte in öffentlichen Gesundheitszentralen haben nur wenige Möglichkeiten zur betriebsinternen Aufgabendelegation, da sie zumeist nur über eine labor-technische Grundausrüstung verfügen⁶⁵). Viele Labor- und Geräte-diagnosen müssen von externen öffentlichen Anbietern (vorwiegend Krankenhäuser) bezogen werden, obwohl die Gesundheitshäuser mindestens über eine radiologische Grundausrüstung verfügen⁶⁶).

Die Fachärzte in den ambulanten Abteilungen der Krankenhäuser besitzen aufgrund der umfangreichen Kapazitäten dagegen breite Möglichkeiten zur Aufgabendelegation und können diese, soweit sie die Qualitätsbestimmungen und Stellenbeschreibungen nicht verletzen, ausnutzen.

Neben der Regelung und Überwachung der Haftung müssen die Kontrollinstanzen in staatlichen Systemen Ressourcen aufwenden, um die Einhaltung der vereinbarten ärztlichen Faktorinputs (in Zeiteinheiten) durchzusetzen. Neben dem medizinischen Erfolg, bzw. der Korrektheit der medizinischen Bemühung muß der staatliche Arbeitgeber auch eine quantitative Leistungskontrolle des ärztlichen Produktionsfaktors gestalten.

In allen untersuchten Systemen ist der ärztliche dispositive und Produktionsfaktor in seinen Produktionsrechten zumindest funktional beschränkt. Diese Eingriffe sind nicht nur medizinischer Natur, sondern beinhalten auch ökonomische Anreize, Aufgabendelegation zu vermeiden. Zudem existieren volumenmäßige Beschränkungen der Delegationsmöglichkeiten v.a. in den staatlichen Produktionseinheiten. Viele dieser Regulierungen zur Gewährleistung der Prozeßqualität sind aller-

dings nicht ausschließlich medizinisch motiviert, sondern können auch aus wirtschaftlichen Gründen als Einkommensrestriktion entstanden sein.

3.4. Regelungen der Gütervermarktung

Hier werden alle diejenigen Transaktionsbedingungen beschrieben, die den Arzt als wirtschaftlichen Agenten des Patienten betreffen. Diese werden durch die Rechte und Pflichten eines Versicherten gegenüber dem jeweiligen Drittfinanzier mitbestimmt. Die Kontrahierung der Anbieter und Nachfrager auf dem ambulanten Markt ist, neben den bereits beschriebenen Einschränkungen der Preisbildung und Produktion für den Anbieter, einem variierenden Bündel von Bestimmungen unterlegen. Die Möglichkeiten der Auswahl eines Primärkontaktes und die Verrechnung der Leistungen sind für den Nachfrager durch die Versicherungsarrangements entweder nach dem Sachleistungsprinzip oder durch die Kostenerstattung (beide mit oder ohne Selbstbeteiligung) geregelt und können die Nachfrageelastizität des Versicherten beeinflussen. Der freien Arztwahl und der direkten Kontrahierung mit einem Spezialisten sind häufig Grenzen gesetzt. Die Liquidationsrechte der Anbieter werden durch strikte Trennung nach Leistungen durch praktische Ärzte oder Fachärzte differenziert. Überdies ist typischerweise fast jegliche Informierung der Patienten über das Leistungsangebot und die Konkurrerung um Kundschaft mittels Werbung als vermeintlich unethischer Wettbewerb in allen hier untersuchten Systemen verboten.

Die Rechte eines primär kontaktierten Arztes zum Bezug von sekundären Diagnose- und Therapieleistungen weiterer Anbieter (Sekundärkontakte), wie Krankenhäuser und Ärzte anderer Fachdisziplinen, sind ebenfalls reguliert und haben eventuell Einfluß auf die Kreuzpreiselastizität des Versicherten in Bezug auf die alternativen Leistungsträger. Diese Eingriffe sind insofern von Bedeutung, als sie die Dispositionsrechte des Arztes als Agent über die Subcontracting zur Wiederherstellung der Gesundheit des Patienten mitbestimmen. Zum einen muß er neben medizinischen Merkmalen eventuell die Zahlungsfähigkeit und -bereitschaft der Patienten bei der Entscheidung über die Zusam-

menstellung des diagnostischen und therapeutischen Faktormix' (inklusive Medikamente) sowie bei der Wahl der potentiellen Leistungserbringer berücksichtigen. Preisbildung und sonstige Bedingungen der Leistungserstellung für einen sekundär herangezogenen (komplementären oder substitutionalen) Anbieter können durchaus anderen Regelungen als denen des Primäranbieters unterliegen sein. Die preisgesteuerten Möglichkeiten zur Subcontracting werden häufig durch explizite Vorschriften zur Regulierung von Überweisungsbefugnissen ergänzt.

Der Versorgungsvertrag zwischen dem Patienten und dem Arzt kommt in der Bundesrepublik durch die Überlassung eines Krankenscheines für das betreffende Vierteljahr zustande, wenn der Patient Kassenmitglied ist. Dieser Primärkontakt bedeutet, daß der Arzt wiederum die von ihm produzierten Leistungen zur Genesung des Patienten über die kassenärztliche Vereinigung gegen Vorlage des Krankenscheines verrechnet (Sachleistungsprinzip). Prinzipiell hat der Nachfrager die Möglichkeit zur freien Arztwahl⁶⁷⁾, und in medizinisch begründeten Fällen ist ein Arztwechsel innerhalb eines Quartals erlaubt. Für einen Anbieter besteht de facto nur eine beschränkte Kontrahierungsfreiheit⁶⁸⁾. Er muß, solange er als niedergelassener Arzt einen Vertrag mit der zuständigen kassenärztlichen Vereinigung führt, Mitglieder aller Kassen in die Behandlung aufnehmen. Auf der anderen Seite funktioniert dieser Zwangskontrakt als Absatzgarantie für den Anbieter. Der einzige Weg, diese vertragliche Verpflichtung zu umgehen, besteht in dem Verzicht auf Kassenpatienten durch ausschließliche Behandlung von privatzahlenden Nachfragern. Da aber knapp 90% der Bevölkerung kassenversichert sind, bleibt eine solche Form von Opting-out nur für eine Minderheit von Anbietern lohnend⁶⁹⁾. Die freie Arztwahl gilt nicht nur für die Erstkonsultation bei einem Hausarzt bzw. Allgemeinpraktiker. Auch bei der Wahl eines Spezialisten hat der Patient im Prinzip die Möglichkeit, den erwünschten Leistungserbringer auszusuchen.

Für einen privatversicherten Patienten ist ein Arztwechsel jederzeit möglich. Er darf sogar während einer Behandlungsperiode seinen Vertrag kündigen. Zudem kann ein Privatpatient direkt, ohne vorherige

Konsultation eines gewöhnlichen Praktikers, mit einem Facharzt kontrahieren. Ein Kassenpatient ist, über seine monatlichen Prämien hinaus, finanziell nicht an den Kosten der Behandlung durch den Arzt beteiligt, wogegen die Privatversicherten in der Regel einen prozentuellen Teil der Behandlungskosten tragen⁷⁰⁾. Im letzteren Fall rechnet der Arzt seine Leistung direkt mit seinem Kunden ab, der einen mit der Versicherung vereinbarten Prozentsatz rückvergütet bekommt. Die primärkontaktierten Ärzte können in beiden Fällen ohne Einschränkung Fachärzte (ggf. anderer Fachdisziplinen) zur Herstellung von diagnostischen und therapeutischen Leistungen heranziehen.

Dabei ist sowohl für die solidar- als auch privatversicherten Patienten zu beachten, daß die Leistungskataloge umfangreiche Produktdifferenzierung zwischen den unterschiedlichen Leistungserbringern umfassen. Ein normaler praktischer Arzt darf kaum Facharztleistungen gegenüber der Versicherung bzw. Krankenkasse geltend machen. Eben- sowenig kann ein Facharzt einer spezifischen Disziplin Positionen aus dem Leistungsbündel einer anderen Spezialrichtung verrechnen. Als einzigem Anbieter ist einem ausgebildeten Allgemeinmediziner eine solche fachübergreifende Liquidation erlaubt. Ein Spezialist kann den Finanziers jedoch auch allgemeine Leistungen eines Haus- arztes in Rechnung stellen. Als eine Methode gegen unwirtschaftliche bzw. kostspielige Leistungserstellung haben die Krankenkassen und die kassenärztlichen Vereinigungen Wirtschaftlichkeitskontrollen eingeführt⁷¹⁾. Die Leistungserstellung und die Verrechnungsgepflo- genheiten der Anbieter werden von den Krankenkassen überwacht. Weicht das ermittelte Leistungsprofil eines Arztes von dem Durchschnitt seiner in der gleichen Region praktizierenden Kollegen hinreichend ab, dann kann er durch seine Kassenärztliche Vereinigung in Regress genommen und zum finanziellen Ausgleich aufgefordert werden. Die drohende Sanktion funktioniert als eine Absicherung gegen eine ein- kommensmotivierte Leistungsausweitung und soll die individuellen Anbieter zu standeskonformem Verhalten zwingen⁷²⁾.

Für die Verschreibung von Medikamenten müssen die Mitglieder der Krankenkassen und der Privatversicherungen teilweise selbst aufkom- men. Die Letzgenannten zahlen den gleichen, auch für andere medizi-

nische Leistungen vereinbaren, Selbstbeteiligungsprozentsatz und die Kassenmitglieder eine Rezeptgebühr von DM 2,00 pro Medikament⁷³⁾. Die Verschreibung an die Kassenpatienten wird durch die sog. Negativ- und Transparenzlisten eingeschränkt. Die Negativlisten beinhalten alle Medikamente bestimmter Indikationsgebiete, die gegen einen geringen Beschwerdenkomplex gerichtet sind und deren Kosten von den gesetzlichen Versicherungen nur in Ausnahmefällen übernommen werden⁷⁴⁾. Mit den Transparenzlisten wird dem einzelnen Arzt durch eine relativ enge Beschreibung der am Markt erhältlichen pharmazeutischen Produkte ein Überblick gegeben⁷⁵⁾. Wichtig ist außerdem die Plafondierung der jährlichen Arzneimittelausgaben (Arzneimittelhöchstbetrag), durch die den makroökonomischen Verschreibungsmöglichkeiten eine lohnsummenorientierte "Decke" übergelegt wird⁷⁶⁾. Die Subcontracting mit den stationären Leistungsanbietern ist wenig reguliert, wobei in Deutschland traditionell eine starke Aufgabentrennung zwischen dem ambulanten und stationären Sektor zu beobachten ist. Die Überweisung kann von jedem Arzt vorgenommen werden, und die Behandlungskapazitäten werden durch Wartezeiten in der Aufnahme nach Dringlichkeitsstufe rationiert. Der Patient muß zwar in den ersten 14 Tagen für jeden stationären Behandlungstag DM 5,00 bezahlen, ansonsten kann der Arzt jedoch frei über eine Krankenhausbehandlung, ohne sonstige finanzielle Folgen für sich oder den Patienten, disponieren⁷⁷⁾.

Im kanadischen System herrscht für einen Nachfrager prinzipiell ebenfalls eine freie Wahl des Leistungserbringers. Für den Arzt impliziert dieses aber einen Zwangsvertrag mit dem steuerfinanzierten Versicherungsträger nach dem Sachleistungsprinzip, und er muß jeden ihn aufsuchenden Patienten behandeln. Der gewählte ärztliche Agent verrechnet die Leistungen ohne Selbstbeteiligung des Patienten mit dem zuständigen Medical Care Plan. Dabei sind die Preisdifferenzierungsmöglichkeiten für Leistungen innerhalb der fachärztlichen Disziplinen und zwischen den Produkten der spezialisierten und nicht-spezialisierten Leistungsanbieter gering, weil das vertraglich vereinbarte Honorarwerk nur relativ wenige Positionen beinhaltet und den absoluten Preis der einzelnen Produkte nur wenig variiert. Die Kontrahierung mit einem Spezialisten ist nur nach einer Überweisung von einem allgemeinen Praktiker möglich. Als wirtschaftliche Sanktion

für ein abweichendes Verhalten wird ein ohne Überweisung kontaktierter Facharzt, der den Patienten in die Behandlung aufnimmt, nur nach dem Satz eines Allgemeinpraktikers honoriert⁷⁸⁾. Die provinziellen Medical Care Plans überwachen in Kanada die Leistungsprofile der einzelnen Ärzte. Überschreiten die monatlichen Verrechnungsbezüge eines Anbieters deutlich einen repräsentativen durchschnittlichen ärztlichen Erlös in der Region, wird er im Auftrag des Finanzierungsträgers durch das standesorganisierte Medical Review Committee zur Rechenschaft gezogen, weil ein hohes Einkommen als Indikator für reduzierte Qualität der Behandlung angesehen wird. Meistens müssen in solchen Fällen die Ärzte allerdings kaum mit Rückzahlungen rechnen, da die drohende Sanktion selten Anwendung findet⁷⁹⁾.

Der kanadische ambulant tätige Arzt kann allerdings diese eng abgesteckten Grenzen der Regulierung des Medical Care Plan auch umgehen. Er kann seine Teilnahme bzw. Mitgliedschaft in dem steuerfinanzierten System der Gesundheitsversorgung aufkündigen und seinen Patienten diese Entscheidung kenntlich machen⁸⁰⁾. In solchen Fällen des sog. Opting-Out kann er über die Preisbildung und Liquidierung seiner Leistungen mit seinen Kunden frei verhandeln. Das Honorarwerk der provinziellen Gesundheitsbehörden findet dann nur insoweit Anwendung, als der Medical Care Plan (außer in Quebec) dem Patienten gegen Vorlage der ärztlichen Rechnung den Teil des Out-of-pocket-payment zurückerstattet, der im Leistungskatalog für einen an der Planversorgung beteiligten Arzt, bei vergleichbarer Behandlung, auch geleistet worden wäre.⁸¹⁾

Die Subcontracting auf den Märkten für sonstige sekundäre Leistungen ist ebenfalls reguliert. Im stationären Bereich wurde die Verstaatlichung der Finanzierungsfunktion bereits früher als im ambulanten Sektor verwirklicht. Die stationäre Behandlung der Patienten wird zu 100% von den Hospital Insurance Plans gedeckt. Allerdings verfügen die kanadischen ambulanten Ärzte über einen direkten Zugang zu Krankenhauskapazitäten, weil sie meistens als Belegärzte zugelassen sind. Die Kosten von Medikamenten in Kanada werden weitgehend durch Out-of-pocket-Zahlungen der Patienten finanziert. Der Gesetzgeber hat zwar Anreize geschaffen, die Verschreibungspraxis der Ärzte zu be-

einflussen, doch setzt die wichtigste Regulierung bei dem Apotheker an. Er ist befugt und aufgerufen Medikamente, die verschrieben wurden, gegebenenfalls durch vergleichbare, billigere Präparate zu substituieren. Um einen Anreiz zu schaffen, werden beispielsweise durch die PARCOST-Regelung in Ontario die günstigeren Medikamente von der Provinzregierung subventioniert und die Gewinnspanne für den Apotheker beim Verkauf künstlich erhöht⁸²⁾.

In dem verstaatlichten ambulanten Sektor Finnlands und Schwedens ist die Kontrahierung der Patienten mit den ärztlichen Anbietern vorwiegend nicht preisgesteuert. Der Primärkontakt mit den Allgemeinpraktikern in den finnischen Gesundheitszentren ist für den Patienten kostenlos, und in Schweden muß eine Besuchergebühr geleistet werden. Dafür hat er selten die Wahl eines Anbieters, da ihm gleich beim Empfang ein Arzt zugeteilt wird. Eine Terminreservierung ist zwar im Prinzip möglich, sie bedeutet jedoch keineswegs unbedingt eine Berechtigung zur dauerhaften vertraglichen Verbindung mit einem spezifischen Leistungsanbieter. Der Kontakt wird vielmehr erst an Ort und Stelle, unter der Leitung des paramedizinischen und Büropersonals, durch Warteschlangen geregelt und rationiert. Die Behandlung durch die poliklinischen ambulanten Einheiten der Krankenhäuser, die vorwiegend die fachärztlichen Leistungen produzieren, erfolgt entweder per Überweisung oder durch eine selbständige Kontrahierung der Patienten. In Schweden ist die Kontrahierung in beiden Fällen kostenlos. In Finnland dagegen wird vom Patienten pro poliklinischem Besuch im Krankenhaus in jedem Fall eine Gebühr verlangt.

Die ambulante Behandlung ist in den Gesundheitszentralen und -häusern streng regional eingeteilt. Die Kontrahierung mit einem Facharzt ist in beiden Systemen durch geringere, besondere regionale Rationierungsgebote gekennzeichnet. Der Patient darf im Prinzip nur in bestimmten, durch regionale Einteilung als zuständig gekennzeichneten Produktionseinheiten, Leistungsanbieter kontrahieren. Er kann weder die Produktionsstätte der medizinischen Leistungen noch den einzelnen Agenten selbst wählen, sondern muß den Anbieter akzeptieren, dem er zugeteilt wird⁸³⁾. Dabei muß er v.a. bei minderen Beschwerdesymptomen möglicherweise vorher die selbständig praktizierende Krankenschwester

aufsuchen (bei Folgebesuchen oft der Fall), um zur ärztlichen Behandlung zugelassen zu werden. Die Öffnungszeiten der Gesundheitszentralen sind auf übliche Bürostunden während der Werktage beschränkt. Nach 17.00 Uhr muß der Patient bereits die Notaufnahme eines Krankenhauses aufsuchen.

Die Verschreibung von Medikamenten als ein Teil der therapeutischen Leistungen ist für einen Patienten in Schweden mit 50% der Kosten bis zu einem Höchstbetrag verbunden. In Finnland trägt er die Kosten der Präparate zunächst selbst und erhält sodann von der nationalen Sozialversicherung eine 75%ige Rückerstattung (im Falle einer langen Krankheit 100%). In beiden Systemen ist die stationäre Behandlung für den Patienten kostenlos, und der Arzt kann mit einem Krankenhaus als Unterlieferant für Diagnose und Therapie ohne bedeutende Einschränkungen kontrahieren. Dabei sind jedoch weder den gemeinschaftlichen Produktionseinheiten noch den einzelnen Ärzten Kontingente oder Kapazitäten zugewiesen, und die Zuteilung von Behandlungsmöglichkeiten erfolgt, außer in Notfällen, über Wartelisten⁸⁴). Es spielt kaum eine Rolle ob die Krankenhauseinweisung durch eine ambulante poliklinische Abteilung oder durch eine Gesundheitszentrale erfolgt. Natürlich haben die Ärzte in den Polikliniken einige, auf der Basis von Erwartungswerten kalkulierte, Kapazitäten, die sie für Soforteinweisung verwenden dürfen. Es ist ihnen aber nicht möglich, alle Patienten, die ständiger Versorgung bedürften, ausschließlich an die stationären Abteilungen des Krankenhauses zu überweisen. Außerdem haben die Gesundheitshäuser in Finnland kurzfristige quasi-stationäre Kapazitäten, über die das Ärzteteam verfügt.

In der privaten Behandlung können sowohl die Anbieter als auch die Nachfrager frei ihre Kontrahierungspartner aussuchen. Vorwiegend die Bedingungen der Konsultation und der Leistungserbringung während des Primärkontaktes sind reguliert. Die Nachfrager in Schweden bekommen die Behandlung, abgesehen von einer maximalen Patientenabgabe von Skr. 40,00, kostenlos, da die Ärzte ihre Honorare von dem Reichsversicherungswerk (siehe 3.2.) direkt beziehen (Sachleistungsprinzip mit Selbstbeteiligung). Sie dürfen allerdings nur bis zu 1.500 Patientenbesuche pro Jahr als nebenberuflich privatwirtschaftlich enga-

gierte Ärzte abwickeln⁸⁵⁾. Für einen Primärkontakt bei einem privatwirtschaftlich produzierenden Arzt bekommt ein Patient in Finnland bis zu 60% von dem vorgeschriebenen Höchstpreis durch die Gesundheitsversicherung zurückerstattet (Kostenerstattung mit Selbstbeteiligung). Den Restbetrag kann er steuerlich geltend machen⁸⁶⁾. Verrechnet der Arzt einen höheren Preis so trägt der Patient gänzlich den Teil, der die Rückerstattung für die erlaubten Höchstpreise überschreitet. Außerdem muß der Patient einen Preis für die allgemeinen administrativen Kosten des Betreibers der Gemeinschaftspraxis bezahlen. Somit finanzieren sowohl in Schweden als auch in Finnland der Arzt und sein Patient durch ihre Bürokostenbeiträge zusammen die Gemeinkosten des privaten ambulanten Produktionsbetreibers. Um sich gegen die Konkurrenz der staatlichen Produktionseinheiten zu schützen, kontrahieren die finnischen privatwirtschaftlichen Ärztegemeinschaften zunehmend mit Unternehmen, die wegen gesetzlicher Vorschriften v.a. Präventivuntersuchungen ihrer Belegschaft und als Fringe-benefit dem mittleren und höheren Management privatärztliche Versorgung anbieten bzw. finanzieren müssen⁸⁷⁾. Diese Tätigkeit schützt vor einer weiteren Senkung des privatärztlichen Marktanteils und bedeutet eine wichtige Einnahmequelle.

Die Kontrahierungsrechte mit der pharmazeutischen Industrie als sekundärem Leistungserbringer sind ähnlich geregelt, wie die der öffentlichen Produktionseinheiten. In Bezug auf Subcontracting mit Krankenhäusern haben die meisten privatwirtschaftlichen Anbieter aufgrund ihrer Tätigkeit als Fachärzte im Krankenhaus zumindest einen besseren Zugang zu den stationären Behandlungskapazitäten. Ein Teil der besonders qualifizierten Ärzte hat sogar einen Status, der mit demjenigen eines deutschen Chefarztes vergleichbar ist, mit eigenen Krankenhauskapazitäten und Liquidationsrechten gegenüber dem privaten Patienten⁸⁸⁾. Damit kann die beschränkende Rationierung der Kapazitäten in stationären Produktionseinheiten umgangen werden. Die Wartezeiten werden für die privaten Behandlungsfälle wesentlich gesenkt. Der Nachfrager kauft somit durch den höheren Behandlungspreis als in öffentlichen Einrichtungen implizit auch eine Sofortaufnahme in einem potentiellen zukünftigen Einweisungsfall.

Die Kontrahierungsrechte zwischen Patienten, Produzenten und Unterlieferanten auf dem Markt für medizinische Leistungen werden durch direkte Regulierung der Transaktionsbedingungen und durch wirtschaftliche Anreize, insbesondere durch Preise gesteuert. Dies wird durch die vertraglichen Bedingungen zwischen den Versicherungsträgern einerseits und den Marktteilnehmern andererseits erreicht. In Deutschland, wo der Deckungsgrad der Leistungen am umfangreichsten ist, existieren neben der Struktur und Höhe von BMÄ und GOÄ nur noch wenige Preissignale auf der Nachfrageseite zur Steuerung des Marktes. Die praktizierten Eingriffe betreffen vorwiegend die übrigen Tauschbedingungen als ergänzende, regulierende Maßnahmen. Das kanadische System versucht, die allokativen Nachfrager- und Produzentenentscheidungen vornehmlich durch Preisregulierung zu steuern. Die privatwirtschaftlichen Produktionseinheiten in den nordischen Ländern sind ebenfalls stark preisgesteuert, wobei das schwedische System auch z.B. quantitative Plafondierung der Patientenbesuche als Methode anwendet. Die Versorgungseinheiten mit verstaatlichter Finanzierung und Produktion werden vorwiegend durch gesetzliche und administrative Vorgaben gelenkt, fast gänzlich ohne direkte Preisanreize auf die Nachfrage- und Angebotsseite des Marktes.

Die Gesamtheit der relevanten Rechtsstrukturen der ambulanten Versorgung der sechs verschiedenen Organisationsformen in den vier Ländern wurde in diesem Kapitel dargestellt. Die Ausgestaltung der expliziten Verträge von Transaktionsbedingungen zwischen den Teilnehmern auf dem Markt für ambulante Leistungen definiert die Position und die Rechte der Marktteilnehmer untereinander sowie gegenüber den Drittfinanziers. Die spezifische Formulierung dieser operationalen Umweltbedingungen konstituiert unterschiedliche Lösungen der Problematik der Transaktionskosten. Die expliziten Vertragsverhältnisse dokumentieren auch variierende institutionelle Randbedingungen der individuellen Marktteilnehmer und beeinflussen die Rechte zur Entscheidung über Ressourcen und ihren Einsatz, d.h. Eigentumsrechte auf dem Markt der ambulanten Leistungen. Die Transaktionskosten und die institutionellen Regelungen bestimmen den Aktionsspielraum der Entscheidungsträger, innerhalb dessen sie ihre individuellen Ziele verfolgen können.

- 1) Dieser Hinweis entstammt einem Gespräch mit dem finnischen Medizinsoziologen und WHO-Experten Professor Tapani Puroola. Öffentlich beschäftigte, sog. Distriktärzte (in Schweden provinsialläkare und in Finnland kunnallislääkärit) gibt es seit Anfang des 18. Jahrhunderts.
- 2) Stigler (1971) S.4 "...indeed the problem of regulation is the problem of discovering when and why an industry (or other group of like-minded people) is able to use the state for its purposes or is singled out by the state to be used for alien purposes." Ähnlich auch Peltzman (1976 und 1981).
- 3) Clarkson (1980) S. 14, "In this context, differences in producer behavior result from explicit differences in the constraints determined by the trustees or owners and by other external sources. In general, however, differences in constraints will be difficult to detect without an extensive investigation of the organization and its ownership characteristics."
- 4) Münnich (1982 mimeo) verwendet eine andere Systematisierung nach den funktionalen ärztlichen Dispositionsbereichen.
- 5) "The most general message of this set of studies is that we should not be too quick to depart from standard maximizing economic models in attempting to explain behavior in the medical care industry. Supposedly anomalous features of that industry sometimes vanish when more appropriate sets of data are used, while other apparent institutional differences require only redefinitions of price, ownership-entrepreneurship, and markets to make models analogous to the traditional ones applicable." Pauly (1980) S. 117.
- 6) Heidenheimer (1980) S. 119 führt diesen als einen zentralen Grund für die nahezu vollständige Verstaatlichung der Finanzierung und Produktion von medizinischen Gütern in Schweden an. "From the opposing ideological position, that of the rationalization planners, the Swedish development has been portrayed conversely, as an 'ascent' towards an integrated system, which has compelled physicians to purge themselves of base and impish desires to manipulate treatment and payment methods towards egotistical ends." Die umstrittenen theoretischen Überlegungen zur Verstaatlichung des Gesundheitswesens als eine Möglichkeit, das Marktversagen zu beseitigen, gehen auf Arrow (1963) zurück. Zur Kritik s. beispielsweise Pauly (1971).
- 7) Kosanke (1979), S. 7-8.
- 8) Narr (1983), S. 691-692.
- 9) Die z.Z. in Deutschland geplante Assistenzarztstätigkeit der Jungmediziner von zwei Jahren in einer niedergelassenen Praxis vor der Approbierung wäre eine Möglichkeit für die auszubildenden Ärzte, Management- und Produktionsfaktoren längerfristig zu erwerben.
- 10) In der Reichsversicherungsordnung (RVO) Art. 368 c (3) sind diese Möglichkeiten definiert. S.a. Metze (1982), S. 101 und 105.
- 11) Soderstrom (1978) S. 94ff und S. 106; Stephen (1979) S. 291 ff.
- 12) Enterline (1975) S. 98 und Blomqvist (1979) S. 129ff.
- 13) Soderstrom (1978) S. 51 und 157f.
- 14) Soderstrom (1978) Kapitel 7.
- 15) Inoffizielle Auskunft der Planungsabteilung der Ärztezentrale Helsinki. Hier ist allerdings in beiden Ländern zu bemerken, daß diese Behandlungsanteile auf die nationalen Werte bezogen sind, obgleich außerhalb der Großstädte kaum privatärztliche Tätigkeit existiert. In Bezug auf die faktischen Einzugsregionen der privaten Proxien ist der Marktanteil (in Behandlungsfällen ausgedrückt) wesentlich höher. Beispielsweise in dem Verwaltungsgebiet Stockholm liegt der Marktanteil der privaten und teil-privaten Anbieter bei 27,6% (Quelle: eigene Schätzung aus Stockholm läns landsting 1982). Lennart Larsson von der Planungsabteilung der Provinz Stockholm beobachtet aber eine steigende Anzahl privatwirtschaftlicher Tätigkeit der Ärzte auch in ländlichen Regionen.
- 16) Svensk författningssamling (1982:763)
- 17) Stockholms läns landsting (1981).
- 18) Tainio (1978) S. 17.
- 19) National Board of Health (1980).
- 20) Stockholms läns landsting (1982).

- 21) Ståhl (1981) S. 176-178.
- 22) Socialdepartementet, Landstingsförbundet (1982/1983) S. 19.
- 23) Aufgrund des stark progressiven Steuersystems ziehen die schwedischen, staatlich angestellten Ärzte Freizeitkompensationen, die sich auf fünf Monate (inklusive Jahresurlaub) kumulieren können, einer Bezahlung der Überstunden vor. Diese Freizeit wird aber weitgehend in die private nebenberufliche Praxistätigkeit eingesetzt (deshalb auch die Bezeichnung Freizeitärzte = Fritidsläkare) (Auskunft von Direktor Gunnar Wennström im schwedischen Sozialministerium). Die Ärzte können in den Teilzeitpraxen einen höheren Stundenlohn erzielen. Sowohl in den Großstädten als auch in den ländlichen Regionen steigt die Zahl der teil-privaten Anbieter, obwohl in Stockholm beispielsweise die Zahl der jährlichen Konsultationen bereits stagniert, Stockholms läns landsting 1982 S. 180.
- 24) National Board of Health (1980) S. 72.
- 25) National Board of Health (1980) S. 73.
- 26) Ebd.
- 27) Soderstrom (1978) S. 110.
- 28) Erst ab einer Einkommenshöhe von DM 3.900,- monatlich (Beitragsbemessungsgrenze des Jahres 1984) kann sich ein Angestellter als Kassenmitglied von der Zwangsmitgliedschaft befreien.
- 29) De facto ist dieses Vorhaben nicht geglückt. So z.B. Münnich (1982) S. 430.
- 30) Möglich bis Anfang 1983 als GOÄ 1965 durch GOÄ 1983 ersetzt wurde.
- 31) Vgl. Löhe (et.al.) (1983) S. A 155.
- 32) Die öffentliche Übernahme der Finanzierung des Krankenhauswesens erfolgte bereits ab 1962 nach dem Saskatchewan-Experiment. Die bundesstaatliche Beteiligung an der Finanzierung des ambulanten Sektors ist abhängig von der Erfüllung der gesetzlichen, landesweiten Richtlinien und Standards durch die einzelnen Provinzen. Siehe Soderstrom (1978) v.a. Kapitel 6. Dazu existieren geringe, monatliche Patientenpflichtbeiträge in Alberta, Ontario und British Columbia.
- 33) Soderstrom (1978) S. 125-126.
- 34) Vgl. Soderstrom (1978) S. 135.
- 35) Soderstrom (1978) S. 136-137.
- 36) Evans (1982a) S. 383-390.
- 37) Allerdings muß der deutsche Arzt einen Regreß als drohende Wirtschaftlichkeitskontrolle berücksichtigen. Siebeck (1976) S. 66 weist auf die mangelhafte Funktion einer solchen Sanktion hin.
- 38) Eine Gesundheitszentrale produziert keine Leistungen, sondern ist im finnischen Verständnis zuständig für die qualitative und quantitative Überwachung und Planung der einzelnen Produktionseinheiten, die in der jeweiligen Kommune oder Stadt tätig sind.
- 39) National Board of Health (1980) S. 29-31.
- 40) Die schwedischen Produktionseinheiten (Gesundheitshäuser in direkter Übersetzung) haben einen geringen administrativen Stab und sind den Provinzorganen direkt verantwortlich ohne Überwachung eines dazwischengeschalteten autonomen Verwaltungsorgans.
- 41) Socialstyrelsen (1981) S. 17.
- 42) Jönsson (1978) S. 45ff.
- 43) National Board of Health (1980) S. 282.
- 44) Eine vereinfachte Darstellung aus National Board of Health (1980) S. 285ff.
- 45) Suomen Lääkärilehti 1983 S. 65-87.
- 46) Ebd.
- 47) Ebd.
- 48) Socialdepartementet, Landstingsförbundet (1982/83), in: Svensk författningssamling (1982: 763) §14 und §17.
- 49) Laufs (1978) S. 7.

- 50) Laufs (1978) S. 92.
- 51) Vgl. z.B. Böge (1973) und für Schlichtung sowie Gutachtererstellung Gromberg-Danielsen (1978) S. 47.
- 52) Art. 368 a (6) Reichsversicherungsordnung.
- 53) Für die allgemeinärztliche Praxis gilt diese Möglichkeit nicht. S.o. Münnich (1983) S. 44ff.
- 54) Vgl. auch Rausch-Stroomann (1977) S. 50.
- 55) Narr (1983) S. 645 und 658ff.
- 56) Evans (1982a) S. 383.
- 57) Evans (1982b) S. 180-183.
- 58) Die lokalen, öffentlich-rechtlichen Colleges überwachen in jeder Provinz die ärztliche Qualität. Wird einem Arzt die Niederlassung in einer Region entzogen, bedeutet diese Entscheidung de facto eine landesweite Zurücknahme der Approbation, weil "a good medical record" von dem jeweils zuständigen College bei einer Übersiedlung in eine andere Provinz vorausgesetzt wird. Die Canadian Medical Association (CMA) ist dagegen ein rein wirtschaftliches Interessenvertretungsorgan, ohne ähnliche Befugnisse, wie sie die American Medical Association (AMA) hat.
- 59) In Finnland Gesundheitsverwaltung (Lääkintöhallitus) als das zuständige Exekutivorgan des Sozialministeriums und der Sozialverwaltung (Socialstyrelsen) als entsprechendes Organ in Schweden.
- 60) Vgl. FN 59). Zur malpractice in den nordischen Ländern siehe z.B. Jonsson und Neuhauser (1976).
- 61) Jonsson und Neuhauser (1976).
- 62) Ebd.
- 63) Socialdepartementet, Landstingsförbundet (1982/83).
- 64) Suomen Lääkärilehti (1983) S. 85-87.
- 65) National Board of Health (1980) S. 78.
- 66) Allerdings verfügen die finnischen öffentlichen Ärzte in den Gesundheitshäusern über mehr betriebsinterne paramedizinische und technische Kapazitäten als ihre schwedischen Kollegen. Stephen (1979) S. 124ff.
- 67) Art. 368 d Reichsversicherungsordnung.
- 68) Vgl. auch Narr (1983) S. 81ff.
- 69) Nach dem Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes April 1982 ist der Anteil der GKV-Versicherten in der Bevölkerung auf 89,9% zurückgegangen.
- 70) Vgl. hierzu Verband der privaten Krankenversicherung (1983) S. 44ff.
- 71) Art. 368 n (5)(8) Reichsversicherungsordnung.
- 72) "Peer reviews consist of "equals" acquiring information relevant to decision making, establishing group practice norms, and "jamboning" any deviance from these norms." Maynard (1982) S. 197.
- 73) RVO §182 a.
- 74) RVO §368 c.
- 75) RVO §368 p.
- 76) Dies sind alle Maßnahmen, wie die Pflöfungsversuche der ärztlichen Einkommen, die entweder direkt oder indirekt im Zuge der Kostendämpfungsmaßnahmen regulativ zur Senkung der Arzneimittelausgaben in 1977 eingeführt worden sind. S. RVO §368 e und §368 f.
- 77) Allerdings sind die Ärzte in Bayern gemäß ihres Abkommens (Bayern-Vertrag) mit den jeweiligen Krankenkassen aufgefordert, so viel ambulante Leistungen wie möglich und nur so viel stationäre Überweisungen wie nötig zu tätigen.
- 78) Soderstrom (1978) S. 135.
- 79) Vgl. Soderstrom (1978) S. 91ff und 135ff und Sommer (1983) S. 268ff. Die Canadian Medical Protection Agency vertritt die Interessen der Ärzte in gerichtlichen Verfahren, v.a. wegen malpractice-Klagen.

- 80) In allen anderen Provinzen bis auf Quebec (wo nur entweder-oder-Entscheidung gilt) kann ein individueller Arzt gleichzeitig sich für Opting-in und -out entscheiden. Er rechnet nach eigener Einschätzung und vertraglicher Abmachung mit den jeweiligen Patienten entweder den Höchstsatz oder überschreitet diesen. Praktisch bedeutet dieses eine Preisdiskriminierung zwischen den Patientengruppen. Wolfson und Tuohy (1980) haben ermittelt, daß in Ontario vorwiegend ältere, etablierte Praxisinhaber sich für die Opting-out-Möglichkeit entscheiden. Jüngere Ärzte müssen wegen der "Absatzgarantie" der National Health Insurance Plans einen Zwangsvertrag eingehen.
- 81) Vgl. Wolfson und Tuohy (1980) S. 3.
- 82) S. Evans und Williamson (1978) S. 81.
- 83) Die sog. Behandlungskontinuität, d.h. die Bemühung der öffentlichen Produktionseinheiten einen bleibenden Kontakt des Nachfragers mit einem spezifischen Arzt herzustellen, ist ein viel diskutiertes Problem in den nordischen Ländern. In Stockholm beispielsweise gelingt eine kontinuierliche Kontrolle allerfalls in 70% der Konsultationen. Vgl. Stockholms läns landsting (1981). Es sind vier umfangreiche, konkurrierende computergesteuerte statistische Experimente zur Überwindung und Koordinierung dieses Rationierungsproblems in Schweden im Gange. Siehe z.B. Ejlertsson 1981.
- 84) Nach YTV (1982) mußten in der öffentlichen ambulanten Behandlung in Helsinki 33,3% der Patienten längere Wartezeiten als einen Tag beim Erstkontakt in Kauf nehmen. In der stationären Behandlung betrug die Wartezeit über einen Tag für 34,5% der Versorgung suchenden Patienten.
- 85) Laut Direktor Gunnar Wennström soll dieses das ärztliche Revolving-door-Phänomen bei Fallhonorierung einschränken.
- 86) Diese Möglichkeit soll abgeschafft werden, um die Attraktivität der privaten Leistungsanbieter teilweise zu reduzieren.
- 87) National Board of Health (1980) S. 67.
- 88) Suomen Lääkäriliitto (1983).

4. Steuerungswirkungen unterschiedlicher Organisationsformen

Die Eigentumsrechte bzw. die relevante Rechtsstruktur eines Systems der ambulanten medizinischen Versorgung umfaßt die Anreizmechanismen der Kontrahierungspartner in Form von Belohnungen und Sanktionen¹⁾. Diese Anreize sollen das ärztliche Verhalten steuern, da sie die Kosten- und Ertragskonsequenzen der getroffenen Entscheidungen in Bezug auf die wirtschaftlichen Motive und Ziele determinieren. Dabei stellen die Sanktionen auf das medizinische und/oder wirtschaftliche Fehlverhalten die Restriktion der Nutzenmaximierungskalküle dar²⁾, neben den marktmäßigen und technologischen Beschränkungen. Die bereits vorgestellten Variationen in der Rechtsstruktur bedeuten somit unterschiedliche Anreizmechanismen, bei denen die ärztlichen Entscheidungsträger mit variierenden Kosten-Ertragsstrukturen ihres Verhaltens konfrontiert werden. Das Vertragswerk ist aber gemäß der vorgestellten theoretischen Überlegungen auf dem medizinischen Markt weder vollständig spezifizierbar noch gänzlich durchzusetzen.

Die Restriktionen sind nicht stets deterministisch bindend, sondern nur insofern, als sie in Form von drohenden Sanktionen das gewünschte bzw. erwartete Verhalten des ärztlichen Personals absichern können. Diese Absicherung durch die drohenden Sanktionen als Beschränkung des individuellen Nutzenkalküls ist nur soweit wirksam, als sie die Eintrittswahrscheinlichkeit und den Umfang einer Sanktion determiniert. Die Eintrittswahrscheinlichkeit hängt ihrerseits ab von der Entdeckungswahrscheinlichkeit eines abweichenden Verhaltens und von den erwarteten Erfolgsaussichten einer Klage, die der medizinisch oder wirtschaftlich Geschädigte hegt³⁾. Der Umfang der Sanktion wird beeinflußt durch die Befugnisse der Drittinstanzen und die allgemeinen Sanktionsregelungen, die die ggf. existierenden ärztlichen Haftpflichtversicherungen als abschwächenden Effekt miteinschließen. Die Entdeckungswahrscheinlichkeit schließlich ist abhängig von den institutionellen Überwachungsmöglichkeiten der vereinbarten medizinischen und wirtschaftlichen Leistungsprofile. Die Überwachung des Anbieterverhaltens durch die Nachfrage und durch die Drittinstanzen ist mit Verhandlungs-, Informations- und Durchsetzungskosten verbunden, die u.U. bei zunehmenden Monitoring-Bedürfnissen steigen⁴⁾.

Die subjektive Einschätzung des Arztes über die Eintrittswahrscheinlichkeit einer Sanktion bei einem Aktivitätsniveau definiert sodann den Umfang des strategischen Spielraums, innerhalb dessen er seine wirtschaftlichen Nutzenvorstellungen nach den Kosten und Erträgen dieses gegebenen Aktivitätsniveaus zu verwirklichen sucht.

Unterschiedliche Regulierungen beeinflussen die Lage und den Verlauf der Transformationskurve und stellen das ärztliche Personal vor unterschiedliche Entscheidungssituationen. Im ersten Teils des Kapitels wird die Wirkung der relevanten Rechtsstruktur auf die Einkommens-/Freizeitmöglichkeiten bzw. auf die Transformationskurve dargestellt. Agieren die Ärzte im ökonomischen Sinne rational, dann werden die Variationen der Rechtsstruktur ihre Entscheidungen systematisch beeinflussen. Dabei werden nur solche regulierenden Eingriffe berücksichtigt, die mit keinen oder vernachlässigbaren Transaktionskosten verbunden sind, weil eine eindeutige Aussage nur für vollständig durchsetzbare Vertragskomponenten möglich ist. Die durchsetzbaren Teile der Rechtsstrukturen determinieren somit die Grenzen der ärztlichen strategischen Spielräume.

Im zweiten Abschnitt wird dieses Spektrum um die aufgrund steigender Transaktionskosten nicht vollständig durchsetzbaren Regulierungen erweitert. Neben dem Faktormarkt wird die Bedeutung der unvollständigen rechtlichen Arrangements für die Kontrahierung auf dem Gütermarkt der ambulanten Leistungen untersucht, um auch die Bedeutung der medizinischen Restriktionen für die Spielräume zu erläutern. Es ist kaum vorstellbar, daß diese unvollkommenen Tausch- und Produktionsbedingungen den Ärzten beliebiges strategisches Verhalten ermöglichen würden. Eklatante Verletzungen können mit relativ niedrigen Transaktionskosten entdeckt, überwacht und sanktioniert werden. Da aber die marginalen Transaktionskosten positiv zunehmen, können viele erwünschte Verhaltensmuster aufgrund der mangelnden Spezifizierbarkeit und der kostspieligen "Monitoring" unerfüllt bleiben. Hier wird die Wirksamkeit der Anreizstrukturen in Abhängigkeit von den marktinternen Transaktionskosten analysiert, um tendenzielle Aussagen über die erwarteten Unterschiede der ärztlichen Leistungsprofile herauszuarbeiten.

4.1. Die Anreizstrukturen in den ambulanten Produktionseinheiten

Durch die Auswahl der untersuchten Systeme wurden die Bedeutung und der Einfluß von Nachfragedeterminanten sowie der verfügbaren medizinischen Technologie auf die beobachtbaren Unterschiede weitgehend standardisiert und somit vernachlässigbar angenommen. Die verbleibenden Differenzen in den Allokationsentscheidungen können folglich auf die institutionelle Umwelt zurückgeführt werden. Bei der Darstellung der relevanten Rechtsstruktur in Kapitel 3. war auffallend, daß die vertraglichen Bedingungen in der Produktion (Produktionsrechte) vorwiegend einem impliziten Kontrakt in allen Systemen überlassen waren. Dabei funktioniert die Approbation (Ex-ante-Qualitätssicherung) als eine Lizenz, daß der jeweilige Anbieter die medizinische Technologie beherrscht und die Standesnormen verinnerlicht hat. Da aber offensichtlich dieses als eine Garantie nicht ausreicht, wird der implizite Kontrakt von Drittinstanzen als Absicherung überwacht und die Nichteinhaltung ggf. sanktioniert (Ex-post-Qualitätssicherung). Die übrigen Teile des Vertragswerkes (Kontrahierungs-, Einkommens- und Niederlassungsrechte) beschreiben überwiegend die vertraglichen Arrangements der Anbieter mit den Drittfinanziers.

Das Vertragswerk der impliziten und expliziten Kontrakte ist aber nicht vollständig durchsetzbar bzw. spezifiziert, wie im Kapitel 2. theoretisch ermittelt wurde⁵⁾. Die Durchsetzbarkeit einer Vertragskomponente ist abhängig von den mit der Verhandlung, Spezifikation und Überwachung verbundenen Transaktionskosten der Tauschpartner. Da für einen Teil des expliziten Vertragswerkes und besonders für die impliziten Kontraktteile steigende Transaktionskosten (v.a. Spezifikation und Information) für jede marginale Einheit der Durchsetzung angenommen werden können, existieren für die Leistungsanbieter Möglichkeiten zur Vertragsverletzung entweder gegen die Interessen des Patienten-Auftraggebers oder des Finanzierungsträger-Auftraggebers⁶⁾. In vielen Fällen, in denen eine medizinische Leistungsausweitung zusätzlich direkt einkommenswirksam wird, erfolgt eine Nichterfüllung der kontraktuellen Verpflichtungen simultan den beiden Tauschpartnern gegenüber. Diese unvollständige Durchsetzbarkeit des Vertragswerkes ist die Ursache für das Entstehen der stra-

tegischen Spielräume der ärztlichen Entscheidungsträger und bedeutet Potential für vertragsabweichendes Verhalten im wirtschaftlichen Interesse der Anbieter⁷⁾. Dieses ist die Folge des "elastischen" Vertragswerkes, das im Kapitel 2. dargestellt wurde.

Es folgt zunächst eine Selektion und Darstellung derjenigen Teile des Vertragswerkes, die vollständig (oder nahezu) durchsetzbar sind. Dieses bedeutet, daß einige kontraktuellen Bedingungen ohne spezifische Transaktionskosten der Durchsetzung voll eingehalten werden, weil sie neben den (im folgenden vernachlässigbaren) üblichen administrativen Kosten keinerlei sonstiger Ressourcenaufwendungen zur Absicherung bedürfen. Dieser Weg wurde gewählt, weil nur die vollständig durchsetzbaren Vertragsteile die Möglichkeiten der Zielerreichung der ärztlichen Entscheidungsträger in relativ eindeutiger prognostizierbarer Weise beeinflussen.

Es wird im folgenden der Einfluß der durchsetzbaren Vertragsteile auf die Faktoreinsatzentscheidungen und auf die Ertragskraft ermittelt, um eine tendenzielle Beurteilungsgrundlage für das potentielle strategische Verhalten, sowohl auf dem Güter- als auch auf dem Faktormarkt, zu bilden. Die ärztliche Praxis ist die Quelle der Einkommenschöpfung und der Faktorentlohnung des Arztes, und die durchsetzbare Regulierung der ambulanten Tätigkeit beeinflusst systematisch die Möglichkeiten der Einkommenserzielung.

In der Tabelle 4.1. sind diejenigen Teile der relevanten Rechtsstruktur als regulierende Steuerungsversuche (aus Kapitel 3.) dargestellt, von denen mit relativer Sicherheit angenommen werden kann, daß sie im Rahmen der üblichen Administration der Drittfinanziers und der mit der medizinischen Absicherung vertrauten Instanzen ohne besondere Informations- und Überwachungskosten die Anbieter zur Einhaltung zwingen. Dabei wurde versucht, die Reihenfolge der einzelnen Abschnitte des Kapitels 3. beizubehalten. Die übrigen Teile des Vertragswerkes setzen sich zusammen aus impliziten Kontrakten oder aus den nicht vollständig durchsetzbaren, expliziten Kontraktkomponenten⁸⁾.

Durch die Anwendung der Ergebnisse der Abschnitte 1.2. und 2.2. kann

Tabelle 4.1.: Vollständig durchsetzbare und spezifizierbare Vertragsteile
in den betrachteten Systemen der ambulanten Versorgung

<u>Bundesrepublik Deutschland</u>	Vorgeschriebene Niederlassungsform Solopraxis. Administrierte Höchstpreise für Einzelleistungen. Approbation der Anbieter als Marktzugangsregelung. Zwangserbringung der Laborleistungen. Beschränkte Kontrahierungsfreiheit.
öffentlich	Keine Residuumsberechtigung. Vorgeschriebene Niederlassung. Verbot einer Nebentätigkeit (Ärzte in den Gesundheitszentren). Zentralstaatliche Budgetierung. Fester Arbeitsvertrag über Dienststunden und Entlohnung. Zufallsgesteuerte Zwangskontrahierung. Patientenabgabe für Spezialisten.
<u>Finnland</u>	Höchstpreise für Besuche, differenziert nach Zeitintensität der Behandlung - zuzüglich eines Praxiskostenbeitrages. Approbation als Marktzugangsregelung. Exklusivkontrahierung mit ausgewählten Firmen zur Versorgung der Mitarbeiter.
privat	
<u>Kanada</u>	Administrierte Höchstpreise für Einzelleistungen, die unmittelbar vom Arzt zu erbringen sind. Devaluierung des Höchstpreises nach Erreichen eines Maximumeinkommens (Quebec). Standesorganisierte Approbation. Marktzugang neuer Anbieter besonders eingeschränkt. Kontrahierungszwang, mit Verbot einer selbständigen Kontrahierung eines Spezialisten.
öffentlich	Keine Residuumsberechtigung. Vorgeschriebene Niederlassung. Provinzielle Budgetierung. Fester Arbeitsvertrag über Dienststunden und Entlohnung. Zufallsgesteuerte Zwangskontrahierung. Allgemeinpraktiker erhebt eine Patientenabgabe.
<u>Schweden</u>	Eingeschränkte Niederlassungsfreiheit. Fixpreis pro Besuch - zuzüglich einer Besuchergebühr. Approbation als Angebots- und Produktionsvoraussetzung. Quantitative Plafondierung der Patientenbesuche.
privat	

Anlehnung an die Tabelle 4.1. die Wirkung der regulierenden Eingriffe auf die Ertragskraft der ärztlichen Praxen bzw. auf die Einkommens-/Freizeitmöglichkeiten der Arzthaushalte in den unterschiedlichen Organisationsumwelten veranschaulicht werden. Die Darstellung ermöglicht eine Beschreibung der ökonomischen, aus den marktlichen, technologischen und institutionellen Restriktionen resultierenden Grenzen der strategischen Spielräume der Anbieter.

Bei der folgenden Darstellung wird wieder von der fiktiven Dreiteilung der ärztlichen Funktionen ausgegangen. Der dispositive Faktor ermittelt, unter der gegebenen Konstellation der Umweltbedingungen, alle möglichen wirtschaftlich effizienten Einkommens/Arbeitszeitkombinationen als die Einkommensentstehung der Praxis-Unternehmung. Aus diesem Nettoerlöspotential, das in Entlohnung für unternehmerische Aufgaben des Kapital-Managers und in Bezahlung der produktiven und dispositiven Arztleistungen aufgeteilt werden kann, sucht der ärztliche Haushalt diejenige Position aus, die seinen Präferenzen entspricht. Die formale Darstellung dient nicht einer exakten, allumfassenden Erklärung der Restriktionen, sondern ist bemüht, die Systeme strukturiert miteinander im Hinblick auf die bedeutendsten Grundtendenzen und Unterschiede zu veranschaulichen und ggf. zu vergleichen.

In der Bundesrepublik wird der ärztliche Anbieter bei seinen Produktionsentscheidungen schwerpunktmäßig durch die Honorarwerke gesteuert. Die übrigen vollständig durchsetzbaren Vertragsteile betreffen eigentlich die Niederlassungsrechte und sonstige Marktteilnahmebedingungen. Das Bedeutende im Honorarwerk sind zwei Aspekte. Die Gebührenordnungen unterscheiden stark zwischen sog. Human- und technischen Leistungen⁹⁾. Der Deckungsbeitrag der technisch erstellbaren Produkte ist in der Regel im Vergleich zu anderen Leistungen hoch und ermöglicht einen höheren Rationalisierungsgewinn. Die Ertragskraft der ärztlichen Praxen in Deutschland ist folglich relativ stark, weil die Aufgabendelegation, d.h. die Produktivitätserhöhungen, kaum anderen als medizinisch-technologischen Restriktionen unterliegt¹⁰⁾. Bezüglich der ärztlichen Möglichkeiten, den Arbeits-einsatz in Einkommen zu transformieren, bedeutet dieses, daß die

Einkommens/Freizeitkurve stark konvex ist. Die terms of trade eines Arztes erlauben somit eine relativ hohe Kapitalgeberentlohnung, da diese durch die Krümmungseigenschaften der Transformationskurve determiniert sind. Dieser Zusammenhang kann mit

$$(1) \quad y_a = \hat{p}(x_a + x_1 l_a^* + x_k k_a^*) - (w+e)l_a^* - z k_a^*$$

veranschaulicht werden. Der eigentliche Unterschied zu den modelltheoretischen Überlegungen im ersten Kapitel besteht in der Preisbildung. In beiden Fällen ist der Arzt ein Mengenanpasser. Jedoch wird hier der Preis, im Gegensatz zu den marktlich bestimmten Preisen im Kapitel 1., durch Verhandlungen als Höchstpreis administrativ ($\hat{p}$) festgelegt.

Die Ertragskraft der kanadischen Praxen ist wesentlich eingeschränkt, trotz ähnlicher Marktzugangsbarrieren und Honorierungsform wie in Deutschland¹¹⁾. Zu erklären ist dieses v.a. durch die geringe Rentabilität der Aufgabendelegation bzw. der Beschäftigung paramedizinischer und sonstiger Hilfskräfte¹²⁾, aufgrund der eingeschränkten Liquidationsrechte und der niedrigen Deckungsbeiträge in diesen Bereichen. Die kanadischen Gebührenordnungen zwingen den Arzt, dieses Personal aus seinem persönlichen Honorar zu finanzieren. Den Ärzten werden fast ausschließlich nur ihre Humanleistungen vergütet, um eine provinzielle Überwachung und Allokation der Innovation bzw. Implementierung von technologischen Geräten in die Zentrallabors zu bewirken¹³⁾. Es ist plausibel, daß die Ertragskraft eingeschränkt ist und der Arzt sein Einkommen nur durch bedeutende Variationen seines eigenen Arbeitseinsatzes beeinflussen kann¹⁴⁾. In Deutschland kann der Arzt durch erhöhte Effizienz der Praxisgestaltung v.a. Beschäftigung der Hilfskräfte aufgrund des recht hohen Deckungsbeitrages seine Entlohnung mit geringerem eigenen Faktoreinsatz positiv beeinflussen. Der kanadische Arzt sieht sich folgender trade off-Kurve gegenübergestellt.

$$(2) \quad y_a = \hat{c}f_a + \hat{p}(x_a) + x_1 l_a + x_k k_a - (w+e)l_a - z k_a$$

$$\text{aus } y = \hat{c}f(a) + \hat{p}x(a, l(a), k(a)) - [(w+e)l(a) + zk(a)]$$

wobei $p_j = 0, \forall x_j \in x(l(a), k(a))$

Er bezieht einen (für die Praxistätigkeit exogenen) Einkommensanteil aus der Krankenhaustätigkeit¹⁵⁾, wobei er ebenfalls für diese Nebentätigkeit ($f(a)$) nach Einzelleistungshonorierung (c) entlohnt wird. Das zweite bedeutende Merkmal ist, daß eine Ermittlung von effizienten paramedizinischen und technischen Faktoreinsätzen sich für den Arztmanager ex ante besonders schwierig gestaltet. Er bewertet die Faktorleistungen nur nach den physischen Grenzprodukten, muß sie aber nach ihren marktmäßigen Faktorpreisen, gewichtet durch die nicht-pekuniären Kosten der Aufgabendelegation, entlohnen.

Der Grund für die geringe Zahl der ausschließlich privatwirtschaftlich niedergelassenen Ärzte in Finnland und Schweden liegt in der regulierenden Beeinflussung, v.a. der Nachfragefunktion. Als Honorarbasis dient die Zahl der Konsultationen (n), die für den einzelnen Anbieter im folgenden administrativ und/oder durch die Morbiditätsstruktur sowie Nachfrageentscheidungen als exogen gegeben angenommen wird¹⁶⁾. Dabei sinkt der Wert der Patientenbehandlungen degressiv nach der Erstkonsultation. Die Preise sind ebenfalls administrativ festgelegt. In Finnland handelt es sich um sieben Kategorien von Höchstpreisen (p) und in Schweden um einen einzigen Fixpreis (p). In beiden Ländern werden die selbsterbrachten Labor- und technischen Leistungen nicht gesondert honoriert, weil sie in den Preisen bereits inbegriffen sind. Da diese privatwirtschaftlichen Einheiten, im Verständnis der regulierenden Planer des Staates, substitutionale Anbieter vor allem für höhere Einkommensklassen sind¹⁷⁾, ist die Behandlung zusätzlich mit einer direkten Patientenabgabe (g) verbunden. Diese ist insbesondere in Schweden, verglichen mit den Preisen der staatlichen Anbieter, recht hoch. In Finnland wird die Kreuzpreiselastizität der Nachfrage durch eine niedrige Rückerstattung zugunsten der staatlichen Produktionseinheiten ebenfalls künstlich verändert. Die Erhebung der direkten Patientengebühren ist für die Ärzte notwendig, weil der Behandlungspreis als solcher niedrig ist. Die Exklusivverträge mit verschiedenen Firmen sind aus diesem Grunde eine besonders wichtige Einnahmequelle.

Die Kreuzpreiselastizität der Nachfrage zwischen den staatlichen und privaten Anbietern ist somit administrativ auf ein hohes Niveau

manipuliert. Dadurch ist zu erklären, warum die potentiellen Anbieter in den beiden Systemen die Form der teilzeitbeschäftigten Praxisgemeinschaftstätigkeit einer individuellen ganztägigen Niederlassung vorziehen. In Relation zu den erwarteten Erträgen sind die Fixkosten der privatwirtschaftlichen Niederlassung wegen der einschränkenden Regulierungsmaßnahmen hoch. Die Ertragskraft einer Privatpraxis ist so schwach, daß die Ärzte in der Regel erst bei einem sehr hohen Arbeitseinsatz das gleiche Einkommen erzielen könnten, wie beispielsweise aus einer Teilzeitniederlassung, kombiniert mit einem fixen exogenen Einkommen aus einer Krankenhaustätigkeit. Der Gewinnanteil in der Nettoerlösfunktion, der als Anreiz der privatwirtschaftlichen Niederlassung funktioniert, ist sehr gering. Diese Möglichkeiten der Transformation des ärztlichen Faktoreinsatzes in Einkommen können beschrieben werden durch

$$(3) \quad y_a = \bar{q} + (\hat{p} + \bar{g}) \propto (x_a + x_1 l_a^* + x_k k_a^*) - (w + e) l_a^* - z k_a^*$$

aus $y = \bar{q}a + (\hat{p} + \bar{g}) \propto x(a, l^*(a), k^*(a)) - [(w + e) l^*(a) + z k^*(a)]$
für die privatwirtschaftlichen Organisationsformen in Finnland und

$$(4) \quad y_a = \bar{q} + (\bar{p} + \bar{g}) (x_a + x_1 l_a^* + x_k k_a^*) - (w + e) l_a^* - z k_a^*$$

wobei $(\bar{p} + \bar{g}) \propto x \leq r$, weil $n \leq \bar{n} = 1500$

in Schweden. Durch die Plafondierung des zulässigen Patientenaufkommens ist auch die maximale Höhe des ärztlichen Erlöses festgelegt.

Dabei ist $(0 < \propto = \frac{n}{\bar{n}} \leq 1)$ die reziproke durchschnittliche Leistungsintensität. Sie legt den relativen Wert einer Behandlung fest, wobei x (Zahl der Leistungen) bei weitgehend autonomem n der diskretionären Entscheidung des Arztes unterliegt.

Die Verstaatlichung der Kapitalgeberrolle ist der bedeutendste Unterschied zwischen privatwirtschaftlichen und öffentlichen Produktionseinheiten in der Tabelle 4.1. Anhand der Gleichung des Mittelaufkommens zur Finanzierung der Tätigkeit in den Praxen kann dieser Sachverhalt dargestellt werden¹⁸⁾.

$$(5) \quad \hat{p}x \equiv r \equiv y + c = qa + \pi + (w + e)l(a) + zk(a)$$

Die privatwirtschaftlichen Anbieter finanzieren ihre Tätigkeit durch Markterlöse (r). Diese Mittel werden für die Entlohnung des ärztlichen Personals und für die Produktionskosten aufgewendet. Eine öffentliche Produktionseinheit in Finnland und Schweden finanziert die Tätigkeit durch Budgetzuweisung (b). Dabei existiert naturgemäß kein Gewinnanteil des ärztlichen Einkommens.

$$(6) \quad \bar{p}n \equiv b \equiv y + c = \bar{q}a + (w+e)l(a) + zk(a)$$

Neben der ärztlichen Entlohnung für die Herstellung von medizinischen Leistungen und routinemäßigen Managementaufgaben muß das Budget die sonstigen Kosten der Praxisführung beinhalten. Das Mittelaufkommen ist vorwiegend durch die demographischen Faktoren der Population und durch die Größe der vorgeschriebenen Einzugsregion bestimmt. Das medizinische Budget, das zur Verfügung steht, wird nach einem an den Durchschnittskosten orientierten Fallpreis (p) und nach der erwarteten Anzahl der Behandlungsfälle (n) bestimmt. Die Gemeinkosten der Verwaltung sind in einem administrativen Teilbudget berücksichtigt und hier nicht von besonderem Interesse. In Zusammenarbeit mit der Verwaltung wird die Aufteilung des medizinischen Versorgungsbudgets teilweise durch die Ärzte mitbestimmt¹⁹⁾. Einmal geschaffene Stellen werden kaum gestrichen, die bereitgestellten Finanzmittel können durch den Druck der produzierenden Einheiten jedoch u.U. für neue Bestimmungszwecke verwendet werden. Der Budgetzuwachs ist von den ärztlichen Bedarfsmeldungen abhängig, und zumindest mittel- und langfristig partizipiert das ärztliche Personal an den Entscheidungen über Ressourcenaufkommen und -verwendung für Personal- und Kapitalgüter.

Von primärem Interesse ist hier die Untersuchung, nach welchen Kriterien die öffentlich beschäftigte Ärzteschaft über die Verwendung entscheiden mag. Durch den Dienstvertrag mit den zuständigen Behörden übernehmen die Ärzte (v.a. als dispositive Faktoren) gegen Überlassung der Finanzmittel und des Sachkapitals eine Verpflichtung zur medizinischen Versorgung einer bestimmten Population. Die von Niskanen²⁰⁾ entwickelte Theorie des budgetmaximierenden Bürokraten scheint hier nicht ohne weiteres anwendbar.

Das ärztliche Personal hat kaum Anreize, die Budgetmaximierung als das Ziel ihres ökonomischen Verhaltens anzustreben. Außerdem ist die Verhandlungsposition über den Budgetumfang gegenüber den finanzierenden Stellen nicht so stark, daß gravierend große jährliche Budgetsteigerungen durchsetzbar wären. Da sich der Arzt in den öffentlichen Produktionseinheiten auf einer relativ niedrigen Hierarchieebene der Gesundheitsversorgung befindet, ist seine Entlohnung nicht von der Zahl der untergeordneten Mitarbeiter bzw. sein Prestige nicht von der luxuriösen Ausstattung des Behandlungszimmers²¹⁾ abhängig. Der Prestige- oder Nutzenwert einer besonderen technologischen Ausstattung, wie beispielsweise von Gängen²²⁾ für Ärzte in öffentlichen Krankenhäusern als Budgetmaximierungsmotiv angenommen wurde, ist hier nur von sehr eingeschränkter Bedeutung. Die Gesundheitshäuser funktionieren primär als Erstkontakt, ohne umfangreiche technologische Kapazitäten. Da hier außerdem die meisten Produzenten praktische Ärzte sind, gibt es kaum überzeugende Argumente gegenüber den Planungsinstanzen, das Budget zum Aufbau technischer Anlagen zu erhöhen. Die Erweiterung der Gerätekapazitäten als ein Ziel wäre allenfalls für die Ärzte in den poliklinischen Ambulatorien der Krankenhäuser ein denkbare Handlungsmotiv. Versucht man, das Verhalten der Ärzte in erfassbaren und vergleichbaren Kategorien zu beurteilen, dann erscheinen diese Überlegungen zwar plausibel, für eine analytische Erklärung jedoch u.U. verwirrend.

Die Maximierung des Outputs (hier Zahl der behandelten Patienten) wird ebenfalls als ein mögliches Ziel einer staatlichen Organisation angenommen²³⁾. Dieses mag zwar Ziel der Verstaatlichung des ambulanten Sektors und der überwachenden Instanzen sein, es ist aber aufgrund des notwendigen Umfangs der ärztlichen Entscheidungsbefugnisse kaum vorstellbar, daß ein solches Ziel den beteiligten Ärzten ohne beträchtliche Transaktionskosten auferlegt werden kann. Die Outputmaximierung wäre allenfalls in denjenigen medizinischen Einheiten zu unterstellen, in denen ein Teil des Budgets durch Patientenbeiträge zu finanzieren ist. Diese Beträge sind aber niedrig, so daß der ärztliche finanzielle Freiraum dadurch kaum nennenswert beeinflußt wird.

Eine dritte Möglichkeit besteht in einer Variation der Annahmen der Budgetmaximierung. Gemäß der Überlegungen von Pauly und Redisch²⁴⁾ kann angenommen werden, daß die öffentlich tätigen Ärzte ohne wesentliche Transaktionskosten eine kooperierende Kleingruppe mit homogenen Zielvorstellungen bilden können, um gemeinsam den individuellen Nutzen zu maximieren. Nachdem aber die individuellen Einkommenskomponenten, abgesehen von monetären oder nichtmonetären Entlohnungen für Überstunden festgelegt sind, kann der Arzt sein dienstvertraglich festgelegtes Einkommen kaum beeinflussen. Das Ärztekollektiv wird mit einem, zu bewältigenden Patientenaufkommen konfrontiert, das es mit dem geringsten persönlichen Aufwand bewältigen möchte. Die öffentlich bediensteten Ärzte werden somit versuchen, das Budget zu erweitern, um über mehr Produktionsfaktoren zu verfügen²⁵⁾. Aufgrund der umfangreichen Überwachungsaufgaben, die mit der Aufgaben-delegation verbunden sind, liegt das Bemühen des Ärztekollektivs nicht in einer ziellosen Kapazitätserweiterung. Die ärztlichen Manager müssen eine optimale Zusammensetzung der Produktionsfaktoren ermitteln unter Berücksichtigung der Einkommens- und Freizeitinteress der beteiligten Arzthaushalte, der Budgetvorgaben und der Faktorpreise. Das Optimierungsproblem hat sehr viel Ähnlichkeit mit den vorgestellten privatwirtschaftlichen Maximierungsaufgaben²⁶⁾. Die Budgetgleichung (6) kann umgeschrieben werden und nach den ärztlichen Arbeitsleistungen durch partielles Differenzieren optimiert werden.

$$(6a) \quad b = \bar{p} \alpha(x, l(a), k(a)) - [(w+e)l(a) + zk(a) + \bar{q}a] \\ \max \rightarrow a$$

$$(7) \quad b_a = \bar{p} \alpha(x_a + x_1 l_a + x_k k_a) - (w+e)l_a - zk_a - \bar{q} \\ \text{oder} \quad \bar{p} \alpha(x_a + x_1 l_a + x_k k_a) = (w+e)l_a + zk_a + q$$

Dabei gilt für alle öffentlichen Anbieter in Schweden und für die poliklinischen Ambulatorien in Finnland $p = (\bar{p} + \bar{q})$. Die übrigen öffentlichen Produktionseinheiten in Finnland erheben jeweils keine Patientengebühren, sondern werden ausschließlich aus Budgetmitteln finanziert. Der wesentliche Unterschied zum selbständigen Arzt besteht darin, daß sich hier die Ärzte bei den Produktionsentscheidungen nicht an den monetären, sondern vorwiegend an den nicht-pe-

kuniären Grenzkosten und Grenzerträgen orientieren²⁷⁾. Wegen der Festsetzung der Dienstbezüge ist die ärztliche Arbeitszeit und ihr Schattenpreis für die Haushalte das wichtigste Signal für die ärztlichen "Produktionsleiter". Bei einer vollständigen Durchsetzbarkeit der vertraglichen Rahmenbedingungen wäre, gemäß den Überlegungen aus Abschnitt 1.2., die Kurve der Einkommens/Freizeitmöglichkeiten des Ärztekollektivs eine Gerade. Vorausgesetzt die medizinische Technologie ist durch lineare Homogenität im ambulanten Bereich gekennzeichnet, dann sind bei gegebenen Preisen die Faktorintensitäten konstant, und die zweite Ableitung der Transformationskurve ist null. Somit wäre auch der faktische Arbeitslohn der Ärzte gleich ihren "imputed wage". Dieses Ergebnis folgt auch aus der Annahme des Entzuges der Residuumsberechtigung.

Die Trade-off-Möglichkeiten des Ärztekollektivs zwischen Einkommen und Freizeit reflektieren die Entscheidungen, ob bei einer gegebenen Ausweitung des Versorgungsbudgets noch zusätzliche Arztmanagement-Kräfte erworben werden oder paramedizinisches Personal, evtl. im Zusammenhang mit technischen Geräten oder Laborkapazitäten beschäftigt wird. Diese Wahl hängt davon ab, ob die nicht-monetären Erträge durch die Entlastung der übrigen Gruppenmitglieder, aufgrund zusätzlicher Management- und Produktionskräfte größer oder kleiner sind als die direkten pekuniären Kosten zur Entlohnung des Faktors und die indirekten nicht-pekuniären Kosten der Beanspruchung von vorhandenen paramedizinischen Kräften durch die zusätzlichen Ärzte. Es wird danach also entschieden, ob die zusätzlichen ärztlichen Faktoreinsätze oder die des paramedizinischen Personals den teilnehmenden Ärzten des Kollektivs mehr Nutzen in Form von Entlastung bringen.

Mit diesen Ausführungen werden die ökonomischen Grenzen der strategischen Spielräume aufgezeigt, indem die Wirkung der verbindlichen bzw. durchsetzbaren Anreizstrukturen auf die Einkommens/Freizeitpotentiale in unterschiedlichen Organisationsformen veranschaulicht wurden. Aus diesen Möglichkeiten wählt das ärztliche Personal die haushaltsoptimalen Kombinationen. Diese vorgebrachten Argumente besitzen allerdings kaum direkte empirische Relevanz ohne Berücksichtigung

der diskretionären Handlungsspielräume. Die Akteure versuchen gleichzeitig, gesteuert von den möglichen Kosten und Erträgen der Handlungsalternativen, durch die Ausnutzung der strategischen Spielräume, die Veränderung der Trade-off-Möglichkeiten zu bewirken.

- 1) "The law of contracts is a collection of rules which specifies for a particular culture the exact conditions defining the existence of contracts, what the promises actually mean in terms of performance, what constitutes a breach of the contract, and what compensation is due to the party which has been injured by such a breach of contract. Enforcement of a contract does not literally mean that agreement must be carried out, but only that compensation must be paid for broken promises." Hess (1983) S. 19.
- 2) Göfgen (1983) S. 7. "Zu beachten ist, daß es sich bei dem Begriff der Eigentumsrechte nicht nur um formelles Recht, sondern um alle sozial akzeptierten Normen handelt, also um Erwartungen von Handlungen, die stattfinden oder nicht stattfinden sollten. Enttäuschungen (erfüllte) Sollerwartungen führen zu negativen (positiven) Sanktionen. Es sind eigentlich diese Sanktionen, welche als potentielle Belohnungen und Bestrafungen (gemessen an Veränderungen der Nutzungskomponenten) die Rechtsstruktur in Form von Restriktionen im Raum der Handlungsmöglichkeiten abbilden."
- 3) Shovell (1982) diskutiert diesen Aspekt unter verschiedenen institutionellen Arrangements.
- 4) "The welfare implications of transaction costs would exist even if they were proportional to the size of transaction, but in fact they typically exhibit increasing returns." Arrow (1977) S. 77-78. So auch De Alessi (1983) S. 68.
- 5) "...explicit contracts constrain behavior only if they can be enforced, at least probabilistically. This immediately raises the major issue of whether implicit contracts, which are by definition unenforceable, can affect economic behavior at all." Bull (1983) S. 658.
- 6) "If shirking could be costlessly detected, neither party to a contract would have an incentive to shirk, since the full cost of shirking could be brought to bear on the guilty party through the renegotiations of the terms of trade. However, if detecting shirking through some monitoring mechanism is costly, the guilty party will not generally be forced to bear the full cost of his behavior. Monitoring will only be undertaken so long as the marginal gains from reduced shirking equal or exceed the marginal cost of detection. Less - than - perfect monitoring implies some shirking incentives remain." Staten und Umbeck (1982) S. 1023.
- 7) Staten und Umbeck (1982) S. 1023-24. "Strictly speaking, shirking may be defined as the act of seeking to avoid performance of contractual duty. Although Alchian und Demsetz developed the theory to explain organizations of employer-employee relationships, it is clear that it can be applied to any contract. Their results are now well known: Contractual violations are an increasing function of the cost of monitoring behavior."
- 8) Bei der Tabelle 4.1. fällt nun auf, daß die Honorierungsform in allen Systemen als einziger Vertragsteil gemeinsam durchgesetzt werden kann. Vielleicht ist dieses ein Grund, warum die bisherigen Untersuchungen des ambulanten Marktes vorwiegend die allokativen Folgen verschiedener Honorierungsformen, ohne Berücksichtigung sonstiger regulierender Eingriffe, analysiert haben.
- 9) Mit der letzten Veränderung der relativen Preise von GOÄ und BMÄ wurde versucht, wieder verstärkt die Anbieter auf beratende und persönliche Humanleistungen zu lenken. Die Differenzierung zwischen Leistungen ist in BMÄ besonders bei Neugestaltung und Anwendung von Ziffern bedeutsam.
- 10) So auch Reinhardt (1978) S. 135-36. Dieses wird außerdem dokumentiert durch die relativen Einkommenspositionen gegenüber der Industriearbeiter und den anderen vergleichbaren Akademikern. Im Gegensatz zu seinem kanadischen Kollegen, dessen relative Einkommensposition bei 4 geschätzt wird, verdient der deutsche niedergelassene Arzt im Durchschnitt das 6-fache eines industriellen Arbeitslohnes (z.B. Maxwell (1981) und Soderstrom (1978)). Dieses kann interpretiert werden, daß der Arzt das Rationalisierungspotential tatsächlich ausnützt und muß nicht zwingend als Resultat einer Monopolstellung angesehen werden. Außerdem leisten die deutschen Ärzte relativ viele tägliche Arbeitsstunden. Vor der Einführung der staatlichen Finanzierung hatten die Ärzte Kanadas eine bessere relative Einkommensposition. Auch die geleistete Arbeitszeit ist in Kanada gesunken (Enterline (1975)). Der Anteil der Spezialisten ist in den 70er Jahren gravierend gesunken, weil diese Form von Humaninvestitionen einen vergleichsweise niedrigen Nettoertrag aufgrund der Preisstruktur ermöglicht (Comanor (1980) S. 38ff).
- 11) Reinhardt (1978) S. 138.

- 12) Laut Enterline (1975) beschäftigen nur 78% und 16,8% der niedergelassenen Ärzte Bürokräfte bzw. paramedizinisches Personal.
- 13) Evans (1982b).
- 14) Evans (1982a) S. 385. "Thus the opportunity for the average US physician to supplement his earnings with a private lab or radiology facility are largely foreclosed in Canada. The fee schedules restrict the practitioner to an 'income-leisure tradeoff'. Incomes can only rise faster than fees if working time increases."
- 15) Nach der Bundesärzterordnung (BÄO) ist eine selbständige Praxisführung von Krankenhausärzten in Deutschland in der Regel nicht erlaubt. Enterline (1975) ermittelte sinkende Ausnutzung der Krankenhausprivilegien nach der Verstaatlichung der ambulanten Finanzierung.
- 16) Dieses gilt insbesondere für die Erstkonsultationen. Bei der Entscheidung über Folgebesuche hat der Arzt teilweise diskretionäre Möglichkeiten das Patienten-
aufkommen zu beeinflussen.
- 17) National Board of Health (1980) S. 68ff.
- 18) Wegen der tiefgreifenden Bedeutung einer solchen extremen Abschwächung der Niederlassungsrechte ist die folgende Darstellung etwas umfangreicher.
- 19) Diese Annahme ist sehr gängig in der gesundheitsökonomischen Literatur der Krankenhäuser. Siehe z.B. Pauly und Redisch (1973), Harris (1977) und Gøfgen (1982). In Finnland werden die Ärzte und ihre Interessen der verschiedenen Gesundheitshäuser durch den ärztlichen Leiter gegenüber der Verwaltung der zuständigen Gesundheitszentrale vertreten. In Schweden übernimmt diese Aufgabe der sog. Distriktsarzt, der für die ärztliche ambulante Versorgung gegenüber der Provinzverwaltung verantwortlich ist und die Tätigkeit in der Gesundheits-
häusern überwacht (Svensk Författningssamling (1982:763) § 14). In den poli-
klinischen Ambulatorien der Krankenhäuser ist die Annahme über die relative Durchsetzungskraft des ärztlichen Personals gegenüber der Krankenhausverwaltung und der staatlichen Finanzierungsstellen eigentlich noch plausibler.
- 20) Niskanen (1971).
- 21) Dieses Argument wäre allenfalls für die leitenden Ärzte gültig, die allerdings an den tatsächlichen Produktionsentscheidungen nicht beteiligt sind.
- 22) Gøfgen (1982) S. 137-142.
- 23) Z.B. Carlsson, Robinson und Ryan (1971) für "non-profit agency".
- 24) Pauly und Redisch (1973).
- 25) Hartley und Tisdell (1981) S. 374-75 bezeichnen diese Bemühungen: "The bureau has preference for staff."
- 26) Im Gegensatz zu Pauly und Redisch, bei denen die ärztliche Kapazität als gegeben angenommen wird und die Kollektive das individuelle Einkommen der Gruppenmitglieder zu maximieren versuchen, ist hier das individuelle Einkommen pro Zeiteinheit fixiert, und die Ärzte wollen das Gruppeneinkommen in Bezug auf variable ärztliche Arbeitskapazität optimieren.
- 27) Clarkson (1980) S. 18. "...although physicians may be expected to seek the lowest cost combinations of the chosen level of non-physician inputs, there are strong incentives for physician-operated, non-proprietary hospitals to choose overall input combinations different from those used in proprietary hospitals."

4.2. Strategische Spielräume und ärztliches Verhalten

Ein Teil der expliziten Kontraktbedingungen und die impliziten Vertragskomponenten sind wegen prohibitiv hoher Transaktionskosten oft nicht vollständig durchsetzbar. Nach den Überlegungen im ersten Abschnitt des Kapitels ist ein Teil des Vertragsnetzes, mangels genauer Spezifikation oder ausreichender Informationsverarbeitung der Tauschpartner, unvollständiger Natur. Den Ärzten bleiben Ermessensspielräume, die zum strategischen Verhalten und u.U. zur Verletzung der Intention vertraglicher Abmachungen ausgenutzt werden können. Ein impliziter oder unvollständiger expliziter Kontrakt ist zwar eine notwendige, jedoch keine hinreichende Bedingung für Vertragsverletzung¹⁾.

Zur Durchsetzung des impliziten Vertragsteils existieren absichernde Sanktionsmechanismen auf dem Markt für ambulante medizinische Leistungen, um die Einhaltung der Minimum- und Maximumstandards zu erzwingen. Diese werden schwerpunktmäßig unter den Produktionsrechten (Abs. 3.3.) und unter den Kontrahierungsrechten (Abs. 3.4.), also unter Behandlungsverträgen erfaßt, weil sie die medizinischen Tauschbedingungen regeln. Gemäß der theoretischen Argumentation im Kapitel 2.2. ermöglichen diese medizinisch orientierten Restriktionen noch diskretionäre Entscheidungen. Diese Spielräume werden sodann von Ärzten wahrgenommen, um die regulierte Zielverwirklichung (Einkommens/Freizeitmöglichkeiten) zur Erfüllung der individuellen Nutzenvorstellungen innerhalb des entstehenden Potentials der nicht vollständig durchsetzbaren Vertragsteile, unter Berücksichtigung der Kosten und Erträge der Vertragsabweichungen, zu verändern. Die wirtschaftlichen Kontraktverletzungen beinhalten alle solche Produktions- und Verrechnungsentscheidungen, die v.a. mit den Bedingungen der vertraglichen Vereinbarungen zu den Drittfinanziers nicht konform sind.

Da die Überwachung und Durchsetzung der Vertragskomponenten mit Transaktionskosten der Patienten und der Versicherer verbunden sind, determiniert deren Höhe (d.h. die Kostspieligkeit der Spezifizierungs- und Informationsbedürfnisse) die Möglichkeiten der tatsächlichen Ausnutzung des strategischen Potentials. Die Dimension der strate-

gischen Möglichkeiten wird außerdem noch durch den vom Arzt geschätzten Erwartungswert und die Eintrittswahrscheinlichkeit der drohenden medizinischen und wirtschaftlichen Sanktionen bei Nichterfüllung der Vertragsverpflichtungen mitbestimmt.

Die Tauschbeziehungen als Anreizstruktur zusammen mit den Kosten und Erträgen der Handlungen determinieren die Tendenz der Abweichungen innerhalb der Spielräume²⁾. Ziel der ärztlichen Optimierung ist es, Nutzen aus Einkommen und Freizeit, unter der Nebenbedingung der Vermeidung von entdeckbaren medizinischen und wirtschaftlichen Vertragsabweichungen, zu erzielen. Unter den Kosten müssen die Produktionskosten und die erwarteten Kosten der eventuell eintretenden Klagen bzw. die Prämien der Haftpflichtversicherung berücksichtigt werden. Beispielsweise sind die marginalen und durchschnittlichen Produktionskosten einer Labordiagnose sinkend. Es besteht u.U. ein starker Anreiz zur Leistungsausweitung in diesem Bereich, da dies ohne ärztlichen Produktionseinsatz und meist mit einem relativ niedrigen Erwartungswert einer Sanktion verwirklicht werden kann. In anderen Leistungsbereichen sind die Grenzkosten möglicherweise steigend. Unter den Erträgen wird, neben den Einkommenszuwächsen, auch eine mögliche Ausweitung der Freizeit ohne Einkommenseinbußen erfasst.

Die folgende, allgemein gehaltene Darstellung soll das ärztliche Kalkül offenlegen. Die Maximierungsaufgabe in Bezug auf Kontrahierungsentscheidungen auf dem Gütermarkt besteht darin, den Nutzen bei Vermeidung einer Malpractice-Klage zu maximieren. Einfachheits halber wird hier nur das Einkommen als nutzenstiftend angenommen³⁾. Diese Überlegungen können kurz und vereinfacht formal veranschaulicht werden. Die ökonomischen Grenzen der strategischen Spielräume (in Abs. 4.1.) werden um die medizinischen Restriktionen erweitert. Dabei wird der Allgemeinheit halber zunächst keine bestimmte Honorarform angenommen. Der Erlös kann somit bei einer spezifischen Symptomatik (s) in Abhängigkeit von den erbrachten Leistungen ausgedrückt werden.

$$(1) \quad r = r(x_s), \quad \text{wobei } r_x > 0, r_{xx} \leq 0$$

Ähnlich lassen sich die Kosten als eine Funktion des Outputs darstellen.

$$(2) \quad c = c(x_s), \quad \text{wobei } c_x > 0, \quad c_{xx} \geq 0$$

Wie die Argumentation in den Abschnitten 2.1. und 2.2. zeigte, ist die Anreizstruktur bzw. das Vertragswerk nur teilweise durchsetzbar, die Eintrittswahrscheinlichkeit aller Belohnungen und Sanktionen ist also nicht gleich eins. Die Kontrahierung zwischen den Nachfragern und den Anbietern ist umfangreich durch implizite Verträge geregelt. Die absichernden Sanktionen, die zwar durchsetzbar sind, werden nicht mit vollkommener Sicherheit angewandt, weil die Patienten nicht immer wegen einer Abweichung einen Sanktionsweg einleiten⁴⁾ oder ihnen die Durchsetzung zu kostspielig oder aussichtslos erscheint. Bei einem Kontakt mit einem ambulanten Leistungsanbieter hegen die Patienten je nach Symptomatik gewisse Erwartungen hinsichtlich der Qualität der Behandlung. Selbst wenn der Patient nicht die Diagnose erstellen und eine Therapie anordnen kann, gibt es, aufgrund der medizinischen Ausbildung der Anbieter Gründe anzunehmen, daß ein gewisser Erwartungswert von Leistungen erfüllt wird. Gemäß Kapitel 2. wäre dieser durch

$$\frac{\partial G_j}{\partial x_j} = \frac{\partial U_j}{\partial x_s} = \frac{\partial K_j}{\partial x_s} = x^* = E(x)$$

beschrieben, als effektiver und effizienter Leistungsumfang.

Wegen der unvollständigen Informationsverarbeitung auf den beiden Seiten des Marktes wird diese Leistungsmenge nicht stets realisiert, weil die Spezifikation der zu erbringenden medizinischen Produkte gemäß der Gütercharakteristika nie deterministisch vollständig sein kann. Der Leistungsumfang ist für den einzelnen Nachfrager vielmehr eine stochastische Größe. Der Patient weiß nämlich nicht ex ante, welcher Anbieter ihn mit welchen Produktionsprofilen bei einer Kontrahierung versorgen wird. Diese Unsicherheit ist darauf zurückzuführen, daß die Diagnosegenauigkeit und die Therapieentscheidungen des Arztes stets einem Risiko ausgesetzt sind. Außerdem kann der ärztliche Leistungsanbieter von wirtschaftlichen Motiven geleitet sein, deren Ergebnis nicht unbedingt gänzlich den Patienteninteressen

entspricht. Es kann angenommen werden, daß für den Patienten bei einer gegebenen Symptomatik der Umfang der erbrachten Leistungen (als grobe Annäherung für Qualität) einer Wahrscheinlichkeitsverteilung unterliegt. Die Nichterfüllung der Bedürfnisse und Wünsche des Patienten ist dabei als Verletzung der Intention der impliziten Abmachungen zu betrachten. Im Falle einer zu intensiven Behandlungsentscheidung bedeutet dieses

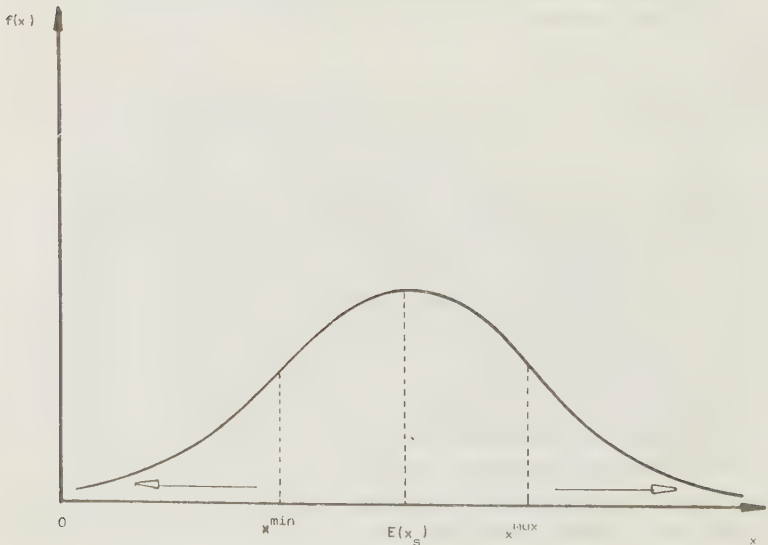
$$\frac{\partial U_j}{\partial x_s} < \frac{\partial G_j}{\partial x_s} \quad \text{und} \quad \frac{U_j}{x_s} < \frac{G_j}{x_s}$$

Ein zu geringer Leistungsumfang ist durch

$$\frac{\partial U_j}{\partial x_s} > \frac{\partial G_j}{\partial x_s} \quad \text{und} \quad \frac{U_j}{x_s} > \frac{G_j}{x_s} \quad \text{darstellbar.}$$

Im Schaubild 4.1. ist eine Dichtefunktion der unterschiedlichen Mengen der Leistungen (x), die der Patient am Markt für Symptomatik (s) erwerben kann, dargestellt.

Schaubild 4.1.: Verteilung des medizinischen Leistungsumfangs bei einer Symptomatik (s)



Die meisten Anbieter werden wahrscheinlich einen medizinisch adäquaten Leistungsumfang produzieren, ohne dabei unbedingt den Optimalwert x^* anzubieten. Es gibt aber auch einige, die von dem Erwartungswert negativ oder positiv zu stark abweichen könnten, und die Varianz der Wahrscheinlichkeitsverteilung stellt das Risikomaß der Kontrahierung für den Patienten dar.

Um grobe, fahrlässige Verletzungen der medizinischen Regeln zu vermeiden, führen Drittinstanzen (z.B. Standesorganisationen) standardisierte Leistungsgrenzen ($x^{\min}$ und $x^{\max}$) ein, deren Einhaltung durch drohende finanzielle Sanktionen erzwungen werden soll. Die Einhaltung der medizinisch erwünschten Leistungsmenge kann folgendermaßen (dabei wird auf den Index der Symptomatik verzichtet) durch eine Wahrscheinlichkeitsdichtefunktion formuliert werden als

$$(3) \quad p(x^{\min} \leq x \leq x^{\max}) = \int_{x^{\min}}^{x^{\max}} f(x) dx$$

oder als kumulative Wahrscheinlichkeitsfunktion der Einhaltung der impliziten Kontrakte (FE)

$$(3a) \quad F(x^{\max}) - F(x^{\min}) = FE$$

Innerhalb dieser Grenzen wählen die Ärzte sodann die Produktionspläne. Langfristig kann sogar der Erwartungswert des Leistungsumfangs erhöht werden, wenn die Ärzte auf die eingeführten Sanktionen mit defensiver Medizin reagieren.

Die kumulative Wahrscheinlichkeit der Nichterfüllung der impliziten Kontrakte, d.h. deficient contracting, wird durch folgende Differenzbildung ermittelt.

$$(4) \quad F(x^{\min}) + 1 - F(x^{\max}) = FD$$

FD stellt die Wahrscheinlichkeit dar, daß der Nachfrager vom kontaktierten Arzt nicht in ausreichendem Maße versorgt wird und stellt für den einzelnen Arzt den Umfang des Produktionsrisikos bzw. des ärztlichen Behandlungsrisikos dar. Um solches Verhalten der ärzt-

lichen Anbieter wirkungsvoll zu unterbinden, wird es durch finanzielle Sanktionen geahndet. Ist die Schadenszahlung für die Fahrlässigkeit einfachheitshalber konstant (M), dann kann der erwartete Verlust aufgrund des Vertragsbruchs bei einem inadäquaten Niveau des Leistungsumfangs (x^d) dargestellt werden als

$$(5) \quad P(M|x^d) = MF(x^d)$$

Analog kann eine Verletzung der Transaktionsbedingungen gegenüber den Drittfinanziers dargestellt werden. Der Versicherer hegt Erwartungen über die Kosten (k) der Behandlung bei der Symptomatik (s) seines Versicherten. Wegen der unvollständigen Spezifizierbarkeit der expliziten Vertragskomponenten der ärztlichen Einkommensrechte (Abs. 3.2.) gegenüber des Finanzierungspools und des impliziten Charakters der Produktions- und Kontrahierungsrechte, sowie der unsicheren Informationsverarbeitung der Ärzte über die Symptomatik sind die Ergebnisse des ärztlichen Handelns für die Versicherung ebenfalls keineswegs deterministisch eindeutig. Allenfalls besitzen die Finanziers Vorstellungen über die erwarteten ärztlichen Handlungen. Linearität des Umfangs der abgegebenen Leistungen und der Kosten der Versicherung pro Behandlungsfall ($k=px$), sowie eine Wahrscheinlichkeitsverteilung dieser auf dem ambulanten Markt unterstellt, können die Erwartungen in der Akzeptanz bestimmter Kostengrenzen (Intervall $[k^{\min}, k^{\max}]$) um den Erwartungswert $E(k_s)=k^*$ ausgedrückt werden. Eine Abweichung von diesen Werten wird die Versicherung ggf. zu einer Strafe (T) veranlassen. Bei einem Kostenniveau unterhalb von ($k^{\min}$) besteht Verdacht auf Folgekosten verursachendes fahrlässiges Verhalten. Für Produktionskosten oberhalb ($k^{\max}$) vermutet die Versicherung eine medizinisch nicht zu rechtfertigende Behandlungsausweitung. Wird nun eine symmetrische Verteilungsfunktion unterstellt, so kann die kumulative Wahrscheinlichkeit der "deficient contracting" zwischen der Versicherung und dem Arzt analog zu der Nachfragekontrahierung bzw. zum Behandlungsrisiko ausgedrückt werden als $F(k^d)$ oder $F(x^d|p)$ (bei gegebener Preisstruktur). Wenn im Idealfall die Transaktionskosten der Überwachung zur Einhaltung der "Toleranzgrenzen" der Versicherung vernachlässigbar sind, kann die Eintrittswahrscheinlichkeit eines finanziellen Verlustes (Einkommensrisiko) aus einer Produktionsentscheidung als ärztliche moral hazard

$$\frac{\partial G_j}{\partial x_s} < \frac{\partial k_j}{\partial x_s}, \text{ wobei } \frac{G_j}{x_s} < \frac{k_j}{x_s}$$

und/oder als Fahrlässigkeit

$$\frac{\partial G_j}{\partial x_s} > \frac{\partial k_j}{\partial x_s}, \text{ wobei } \frac{G_j}{x_s} > \frac{k_j}{x_s}$$

beschrieben werden durch

$$(6) \quad P(T|k^d) = TF(k^d) \quad \text{oder} \quad TF(x^d|p)$$

Durch Einsetzen von (1), (2), (5) und (6) in die Nettoerlösfunktion der ärztlichen Praxis, werden sodann die medizinischen Grenzen, neben den ökonomischen, des strategischen Verhaltens veranschaulicht. Der Arzt muß bei seinen Produktionsentscheidungen, wegen eventueller Schadenszahlungen, die erwarteten Kosten eines abweichenden Verhaltens zusätzlich zu den direkten Produktionskosten kalkulieren.

$$(7) \quad y = r(x) - c(x) - MF(x^d) - TF(k^d) \\ \max \longrightarrow x$$

Dabei muß natürlich berücksichtigt werden, daß unterschiedliche institutionelle Lösungen (s.a. Abs. 2.1.) die Standards, d.h. die medizinischen Entscheidungsspielräume verschieden definieren und durchsetzen können. Für den Patienten bedeuten diese drohenden Sanktionen eine Senkung des Kontrahierungsrisikos. Durch Maximierung der Nettoerlösfunktion, kann die optimale Vermarktungsentscheidung des Arztes ermittelt werden.

$$(8) \quad y_x = r_x - c_x - MF_x(x^d) - TF_x(k^d) = 0$$

oder

$$r_x = c_x + MF_x(x^d) + TF_x(k^d)$$

Der Arzt variiert die Produktionsentscheidungen innerhalb der Grenzen seiner Ermessensspielräume, solange die Grenzerträge gleich den direkten und indirekten Grenzkosten der Leistungserstellung sind. Das strategische Potential wird verwendet, um die Einkommens/Freizeitmöglichkeiten (Verlauf der Transformationskurve) zur Erhöhung der

"imputed wage" des ärztlichen Personals als Produktionsfaktor, Manager und Kapitalgeber zu beeinflussen. Eine willkürliche Ausnutzung der unvollständigen Vertragskomponente wird jedoch durch die Verpflichtungen des Arztes als Agent des Patienten und als einer von der Versicherung bezahlte Produzent restringiert. Die ärztlichen Präferenzen für die wirtschaftlichen Güter und seine Risikoempfindung determinieren die tatsächliche Realisation von Einkommens/Freizeitkombinationen auf der Transformationskurve.

Um diese allgemeine Formulierung über den arztoptimalen Produktionsumfang für einen Vergleich einzelner konkreter Systeme anwendbar zu gestalten, müssen die systemspezifischen Ertrags- und Kostenstrukturen mitberücksichtigt werden⁵⁾. Generell kann dabei wegen der angebotsverknappenden Marktzugangsbeschränkungen und der nachfrageausweitenden Drittfinanzierung angenommen werden, daß das vom Arzt angestrebte optimale Produktionsniveau auf dem Markt auch tatsächlich realisiert wird⁶⁾. Außerdem funktioniert der Kontrahierungszwang in den meisten der ausgewählten Systembeispiele als Absatzgarantie und gewährt dem Arzt relative Sicherheit bei der ex-ante Produktionsplanung.

Ein vollkommen altruistischer Arzt würde in allen Organisationsformen stets den Erwartungswert der Produktions- und Kostenprofile des Patienten und des Finanziers erfüllen, weil er ohne jegliches Eigeninteresse auf dem Markt agiert. Werden den Ärzten egoistische Ziele und Handlungsmotivationen unterstellt, dann ist die Erfüllung der Erwartungen von Tauschpartnern und Auftraggebern Finanziers nicht immer gesichert. Innerhalb seines Ermessensspielraums kann der Arzt versuchen, seine eigenen wirtschaftlichen Interessen zu verwirklichen. Im folgenden werden die Überlegungen aus dem Abschnitt 4.1. in die Ergebnisse dieses Teils eingesetzt, um tendenzielle Aussagen über das ärztliche Verhalten in Abhängigkeit von den Kosten und Erträgen der ärztlichen Produktion zu treffen⁷⁾.

Diese Integration ist allerdings nicht ohne weiteres möglich und bedarf einer kurzen Begründung⁸⁾. Bis jetzt wurden die Grenzerträge (r_a) und Grenzkosten (c_a) der Produktion in Abhängigkeit von der ärzt-

lichen Arbeitsleistung ermittelt. In den hier vorgestellten Kalkülen wurden die Marginalbedingungen in Abhängigkeit von den produzierten Leistungsmengen (r_x , c_x) dargestellt. Eine Gleichsetzung dieser Bedingungen ist nicht ohne einige zusätzliche Annahmen bzw. Bemerkungen einsichtig. Die Gleichheit $c_x = c_a = [(w+e)l_a + zk_a]$ ist wegen der Annahme der Linearität des Kostenverlaufs möglich. Außerdem sollen diese zwei Marginalbedingungen gleichgesetzt werden, weil ähnlich wie der ärztliche Haushalt auch der Kapitalgeber den ärztlichen Manager zur Beachtung der Opportunitätskosten seiner Monitoring-Aufgaben bei den Produktionsentscheidungen zwingt.

Die Gleichheit der Grenzerträge in Bezug auf a und x , $r_a = r_x$, gilt nur, wenn angenommen werden kann, daß die ärztlichen Funktionen und Entscheidungen für die Tätigkeit der Praxis sehr bedeutend sind. Aufgrund der vielfachen Rollen die der Arzt übernehmen muß, erscheint es berechtigt anzunehmen, daß zwischen allen Optimumwerten von x und a ein eindeutiger Zusammenhang besteht. Aus $r = px(a, l^*(a), k^*(a))$ folgt zudem

$$(9) \quad r_x = p(x_a + x_l l_a^* + x_k k_a^*) = r_a$$

Wird noch zusätzlich angenommen, daß die "Toleranzschwelle" der fahrlässigen medizinischen und der moral-hazard-bedingten wirtschaftlichen Leistungsabweichung für die Patienten und Drittinstanzen homogen ist, dann kann das Einkommens- und Produktionsrisiko bzw. die Wahrscheinlichkeit von finanziellen Verlusten ($V = M + T$) ausgedrückt werden.

$$(10) \quad P(V) = VF(x^d)$$

Das kann als Berufsrisiko der Ärzteschaft bezeichnet werden, und das strategische Potential läßt sich durch

$$(11) \quad r_a \geq c_a + VF(x^d)$$

umfassen. Die Ungleichheit soll nur ausdrücken, daß sich die Haushalte, gemäß der Überlegungen in Abschnitt 1.2., bei den Produktions-

entscheidungen durchsetzen (haushaltsoptimale Allokation: $r_a - c_a - VF_x(x^d) > 0$). Es werden gewinnoptimale Faktoreinsatzentscheidungen (Gleichheit der beiden Seiten) nur in den Fällen realisiert, in denen sich die Kapitalgeberseite durchsetzt oder der ärztliche Haushalt sehr hohe Einkommenspräferenzen hat. Die Ungleichheit kann außerdem durch die ärztliche Risikoaversion erklärt werden. Ein risikoaverser Anbieter würde nicht die volle Ausnutzung des strategischen Spielraums im Sinne des Kapitalgebers anstreben⁹⁾.

Auf der Grundlage der angestellten theoretischen Überlegungen können nun tendenzielle Aussagen über das Arztverhalten in den ausgewählten Organisationsformen gemacht werden. In der Bundesrepublik Deutschland werden die ärztlichen Produzenten vor die folgenden Einkommens/Freizeitmöglichkeiten gestellt.

$$(12) \quad \hat{p}(x_a + x_l)_a^* + x_k k_a^* \geq (w+e)l_a^* + zk_a^* + VF_x(x^d)$$

Die Ärzte können ihre Einkommenssituation durch bedeutende Produktivitätssteigerungen in Form von Rationalisierung durch vermehrte Aufgabendelegation erhöhen. Dieses innerbetriebliche Potential zur Faktorsubstitution kann, trotz der grundsätzlichen Wirtschaftlichkeit der Produktion, zur folgenden Fehlallokation führen.

Umso mehr die Anbieter Aufgaben von paramedizinischen und sonstigen Kräften wahrnehmen lassen, desto höher ist der unternehmerische Gewinnanteil an den ärztlichen Einkommen. Bei Unvollkommenheit der Spezifizierung von Produktionsrechten kann dieses eine Substitution von ärztlichen Diagnoseleistungen durch technische und paramedizinische Diagnose- und Therapiegüter zur Folge haben. Die positive Beeinflussung des Gewinnanteils bedeutet eine Erhöhung des ärztlichen Stundenlohnes (imputed wage), weil die durchschnittliche Leistungsintensität durch Aufgabendelegation in einer Praxis nur mit ärztlicher Zeit als Restriktion erhöht werden kann. Durch die relativ langsame Anpassung der Gebührenordnungen (d.h. Fortschreibung) an die Produktivitätsfortschritte, werden die Rationalisierungsgewinne von Anbietern vereinnahmt und nicht an den Konsumenten weitergegeben¹⁰⁾. Die Marktzugangsbarrieren und das Wettbewerbsverbot verstärken

u.U. noch die Ineffizienz der allokativen Entscheidungen. Die Anbieter können lediglich durch die Randbedingungen der medizinischen Produktion miteinander konkurrieren. Die Werbung um die Gunst der Patienten und der Kampf um die Marktanteile erfordern immer bessere und schönere Behandlungs- und Warteräume. Aus dem gleichen Grund entsteht auch die Tendenz zum Aufbau der technischen Kapazitäten¹¹⁾. Die Aufwendungen werden z.T. direkt von der Versichertengemeinschaft in Form von jährlichen Preiserhöhungen aufgrund gestiegener Kosten getragen und indirekt in Form von nichtweitergegebenen Rationalisierungsgewinnen, die z.T. in der ärztlichen Firma zu Reinvestitionszwecken thesauriert werden, von Ärzten vereinnahmt.

Sind diese teils übertriebenen Kapazitäten angeschafft, so müssen sie, um die Amortisation zu finanzieren, auch für die Behandlung benutzt werden. Die Absatzgarantie des Zwangskontraktes und die ungenaue Spezifizierbarkeit der impliziten Kontrakte ermöglichen dies, wenn die Ermessensspielräume systematisch eingesetzt werden ($x^{\text{realisiert}} > E(x)$, $k^{\text{realisiert}} > E(k)$). Als Folge des strategischen Verhaltens der Ärzte entsteht in der Bundesrepublik somit auch auf der Anbieterseite das Problem des moral hazard¹²⁾, weil die Versicherungen nicht eine einkommensmotivierte Leistungsausweitung wegen hoher administrativer Überwachungskosten verhindern können. Diese Leistungsausweitung wird natürlich durch die medizinischen Sanktionen und teilweise durch peer reviews eingeschränkt. Die wirtschaftliche Überwachung der Produktionsprofile ist aufgrund der hohen Transaktionskosten allerdings nur ex post und auch dann nur sehr eingeschränkt vollziehbar¹³⁾. Allerdings wirken die Wirtschaftlichkeitskontrollen wegen der drohenden Sanktionen sich negativ auf die wirtschaftliche Grundlage der produkt- und prozessorientierten Innovationsfähigkeit der Anbieter aus und verursachen eventuell einen dämpfenden Effekt auf die Kapazitätsausweitung. Aus Konkurrenzgründen wird allerdings die Innovationsfreudigkeit der Ärzte kaum gebremst, solange ein ausreichend hoher Deckungsbeitrag erreichbar bleibt.

Das Einkommensinteresse der ärztlichen Produzenten ist ein wichtiger Grund dafür, weshalb in Deutschland nur bedeutende Risiken an die Krankenhäuser abgegeben werden, denn die Überweisung bedeutet einen

Verzicht auf potentielle Einkommensmöglichkeiten¹⁴⁾. Solange hierdurch nicht fahrlässige, einkommensmotivierte Unterlassungen der Krankenhausüberweisungen erfolgen, ist eine solche ärztliche sub-contracting sowohl medizinisch als auch ökonomisch allerdings wünschenswert. Das faktische Fehlen von sonstigen alternativen, v.a. substitutionalen Leistungsanbietern, wirkt sich auf die ökonomische Effizienz tendenziell negativ aus. Auch solche Nachfrager, die medizinisch keiner Therapiemaßnahmen unter ärztlicher Anleitung bedürfen, werden aufgrund der Produktions- und Niederlassungsrechte nur von Ärzten betreut.

Die ärztlichen Anbieter in Kanada müssen ihre Produktionsentscheidungen nach der folgenden Anreizstruktur treffen. Genauso wie in der Bundesrepublik muß der Arzt ein finanzielles und medizinisches Berufsrisiko tragen.

$$(13) \quad \hat{c}f_a + \hat{p}(x_a) + x_l l_a + x_k k_a \geq (w+e)l_a + z k_a + VF_x(x^d)$$

Im Gegensatz zu seinem deutschen Kollegen kann ein kanadischer Arzt sein Einkommen nicht besonders wirksam durch eine Aufgabendelegation beeinflussen. Ihm ist also die Erhöhung des unternehmerischen Gewinnanteils durch die "fee structure" entnommen. Dieser Verlust am Rationalisierungspotential bedeutet, daß der Arzt im kanadischen System nicht in einem solchen Ausmaß als Manager bzw. dispositiver Faktor einer Praxis, wie das ärztliche Personal in der deutschen ambulanten Versorgung, fungiert. Er disponiert eigentlich über sich selbst als Produktionsfaktor, weil er, wenn überhaupt, nur wenige Hilfskräfte beschäftigen kann. Eine solche Gestaltung der Einkommensrechte hat qualitative Konsequenzen hinsichtlich der Kontrahierungs- und Produktionsbedingungen. Der kanadische Patient braucht sich, medizinisch gesehen, kaum vor dem Phänomen einer übertriebenen Diagnose- oder Therapieentscheidung zu fürchten. Ökonomisch betrachtet kann aber eine solche Abschwächung der Einkommensrechte im Hinblick auf ihre Folgen kaum gerechtfertigt sein. Die kanadische Arztpraxis hat eine relativ niedrige Produktivität, weil die Leistungen vorwiegend vom Arzt selbst erbracht werden¹⁵⁾.

Die Qualität der Leistungserstellung ist zwar gewährleistet, aber aufgrund der strategischen Ausnutzung des Ermessensspielraumes können die Leistungen ihrer Struktur nach eine Fehlallokation bedeuten. In seiner Bemühung, den Stundenlohn zu erhöhen, kann der Arzt folgende Strategien wählen. Er muß erstens eine möglichst umfangreiche Maßnahme für den Diagnosezeitbereich wählen, um den durchschnittlichen Preis pro Konsultation zu erhöhen¹⁶⁾. Dieser Preis wird pro Zeiteinheit noch dadurch erhöht, daß hier ausnahmsweise der sog. revolving-door bei Einzelleistungshonorierung angewandt wird¹⁷⁾. Konkret bedeutet dieses Verfahren, daß ein möglichst teures Leistungspaket aufgrund übertriebener Indikation gegenüber der Versicherung verrechnet wird, dem Patienten aber nur der geringste vertretbare Umfang von Leistungen abgegeben wird, $\frac{\partial k_i}{\partial x_i} > \frac{\partial u_i}{\partial x_i} > \frac{\partial G_i}{\partial x_i}$. Dabei funktionieren die, an Einkommenshöchstgrenzen orientierten, Sanktionen der peer reviews nur teilweise, weil die Ärzte keinen Anreiz haben, volle Tage in der ambulanten Praxis tätig zu sein. Sie versuchen, ihr Einkommen aus Beschäftigung in Krankenhäusern zu erweitern, nachdem sie zuvor die Praxisproduktion haushaltsoptimal gestaltet haben.

Die arztorientierten Höchstpreise in kanadischen Honorarwerken können auch einen unerwünschten Nebeneffekt auf die Subcontracting-Entscheidungen mit Krankenhäusern haben. Nachfrager mit Symptomeigenschaften, die einer relativ zeitintensiven und langfristigen ärztlichen Bemühung bedürfen, werden ungern in ambulanten Praxen behandelt¹⁸⁾. Die Überweisung wird durch die relativ niedrigen Erträge und hohen ärztlichen Zeitkosten motiviert, obgleich derartige Entscheidungen einen Einkommensverzicht bedeuten¹⁹⁾. Bei einer Überschußnachfragesituation²⁰⁾ kann sich der Arzt jedoch die lukrativen Fälle ausselektieren²¹⁾. Außerdem dürften bei den Überweisungsentscheidungen auch die Belegarztrechte ebenfalls eine Rolle spielen, obwohl die Krankenhaus-tätigkeit aufgrund der verstaatlichten Budgetierung des stationären Bereichs nicht besonders lukrativ ist.

Die privatwirtschaftlich tätigen Ärzte in Finnland (14) und Schweden (15) können ihre Entscheidungen nach den folgenden Kriterien treffen²²⁾.

$$(14) \quad \bar{q} + (\hat{p} + \hat{g}) \propto (x_a + x_1 l_a^* + x_k k_a^*) \gg (w+e) l_a^* + z k_a^* + VF_x(x^d)$$

$$(15) \quad \bar{q} + (\bar{p} + \bar{g}) \propto (x_s + x_1 l_a^* + x_k k_a^*) > (w+e) l_a^* + z k_a^* + MF_x(x^d)$$

Dabei erübrigt sich wegen der fixen Fallpauschalierung die Berücksichtigung des Einkommensrisikos bei den schwedischen Anbietern. Da die Ärzte der beiden Organisationsformen mit den staatlichen Produktionseinheiten konkurrieren und einen beträchtlichen Teil ihrer Tätigkeit aus Patientengebühren finanzieren müssen, ist ein relativ hoher Erfüllungsgrad der Erwartungswerte zu vermuten. Es gibt nur wenige Möglichkeiten zur strategischen Ausnutzung der ärztlichen Ermessensspielräume, weil die Nachfrageelastizität insbesondere in Finnland aufgrund der teilweise 40%igen Selbstbeteiligung in privater Behandlung besonders hoch ist und eine wirtschaftlich zu teure oder medizinisch nicht zu rechtfertigende Leistungserstellung einen Wechsel des privaten Leistungsträgers oder gar eine Abwanderung des Nachfragers zu den öffentlichen Produktionseinheiten zur Folge haben wird²³). Das für Honorierung nach Fallpauschale häufig unterstellte revolving door der niedrigen Leistungsintensität wird hier also ausbleiben.

Dennoch werden die Ärzte ihre Ermessensspielräume v.a. gegenüber den Finanzierungsträgern auszunutzen versuchen. In Schweden ist der Preis, der an die ärztlichen Anbieter durch das Reichsversicherungswerk pro Konsultation vergütet wird, fest vorgeschrieben. Das ärztliche Einkommen ist direkt von der Schwere der Symptomatik der Patientengruppe abhängig. Je schwerwiegender die Krankheitsprofile, desto niedriger ist die ärztliche Entlohnung pro Zeiteinheit, weil der Arzt mit zunehmenden Beschwerden mehr Leistungen pro Besuch bei fixem Erlös abgeben muß. Gegen diese, ihm von der Versicherung auferlegten Zwangsaufgaben der cross-subsidization kann er sich aber mittels seiner Produktionsentscheidungen wehren. Durch eine relativ niedrige Überweisungsschwelle ins Krankenhaus verliert er zwar einen Teil seines Einkommenspotentials, kann auf der anderen Seite aber die dafür frei gewordene Arbeitszeit zur Behandlung weiterer Patienten aufwenden. Durch diese Variante von adverse selection wird der Nettoerlös des Arztes erhöht, weil er solche Fälle bevorzugt, die einer

geringen Leistungsintensität, möglichst ohne langwierige Folgekonsultationen, bedürfen. Dieses ist sowohl hinsichtlich der gesamtwirtschaftlichen Kosten als auch der medizinischen Indikationen ein kaum wünschenswertes Ergebnis²⁴⁾.

In beiden Ländern erstattet das Versicherungswerk, unabhängig vom ärztlichen Honorar, die Laborkosten, wenn die Leistung durch ein externes Labor erstellt wurde (in Finnland mit Selbstbeteiligung des Patienten). Aufgrund der Preisgestaltung, die die Ärzte wegen der möglichen Teilung der personal-, gebäude- und ausrüstungsbedingten Gemeinkosten überhaupt für die Teilzeitbeschäftigung sich hat entscheiden lassen, ist die Finanzierung einer umfangreichen Aufgabendelegation bzw. von produktivitätserhöhenden Rationalisierungsmaßnahmen wirtschaftlich kaum sinnvoll. Die Ärzte verrichten die meisten Leistungen selbst, ohne besonders intensive Heranziehung von technischen Diagnose- und Therapiegeräten. In den Fällen, in denen eine Krankenhausüberweisung medizinisch nicht möglich ist, aber eine sehr zeitintensive Diagnose bzw. Therapie zu erwarten ist, kann der Arzt wiederum seinen Zeitpreis durch eine Subcontracting-Entscheidung mit einer privaten oder öffentlichen Laboreinheit positiv beeinflussen. Er braucht die finanziellen Konsequenzen einer solchen Entscheidung nicht zu tragen. Die finnischen Privatärzte können auch hier nicht beliebig auf eine solche Maßnahme zurückgreifen, wegen der Selbstbeteiligungssätze der Kunden. Dieser Weg bleibt einem schwedischen privatpraktizierenden Arzt offen. Festzuhalten ist, daß die privaten Ärzte durch wirtschaftlich motivierte subcontracting entweder direkt durch den Bezug von Leistungen oder indirekt durch die Finanzierung der staatlichen Stellen ihr Einkommenspotential in Zeiteinheiten auf Kosten der öffentlichen Finanzierungsinstanzen erhöhen können, weil eine Kontrahierungsfreiheit in den beiden Systemen adverse selection ermöglicht.

Die budgetären Trade-off-Möglichkeiten in den öffentlichen Gesundheitshäusern führen zur folgenden Struktur der Grenzkosten und der Grenzerträge. Die Praxen unterscheiden sich ihrer prinzipiellen Idee nach in Finnland

$$(16a) \quad \bar{p} \alpha (x_a + x_1 l_a + x_k k_a) = (w+e) l_a + z k_a + \bar{q} + \beta_{MF_x} (x^d)$$

und in Schweden

$$(16b) \quad (\bar{p} + \bar{q}) \propto (x_a + x_l l_a + x_k k_a) = (w+e) l_a + z k_a + \bar{q} + \beta MF_x(x^d)$$

nicht sehr gravierend voneinander²⁵⁾, doch in der Realität weichen die Ergebnisse deutlich voneinander ab. Die Ärzte tragen nur ein Behandlungsrisiko, dessen finanzielle Konsequenzen teilweise vom Dienstherrn getragen werden ($0 < \beta < 1$). Wegen des geringen Berufsrisikos könnte vermutet werden, daß die Qualität in öffentlichen Produktionseinheiten besonders niedrig wäre. Das Gegenteil ist eher der Fall. Durch die Variation des Leistungsbündels kann der Arzt allenfalls seinen "imputed wage" beeinflussen. Die Kosten einer Produktions- oder Subcontracting-Entscheidung trägt ebenfalls sein Dienstherr, und somit bleibt das Malpractice-Risiko als einzige Orientierungsgröße übrig. Diese lückenhafte Anreizstruktur bedeutet tendenziell umfangreiche defensive Medizin mit hohen Kosten des Gesamtsystems. Dem Patienten werden überflüssige Leistungen verordnet, da sie dem Entscheidungsträger keine erhöhten Produktionskosten verursachen. Außerdem erfolgt eine nicht notwendige Subcontracting voreilig, weil sie keine Opportunitätskosten im Sinne eines entgangenen Einkommens darstellen. Sowohl die innerbetrieblichen als auch die gesamtwirtschaftlichen Kosten der Versorgung werden hierdurch erhöht.

In beiden Systemen haben die meist praktischen Ärzte geringes Potential zur Aufgabendelegation, weil die technologische Grundlage für Rationalisierung, v.a. in Schweden, nicht gegeben ist. Die Hilfskräfte können folglich kaum mit selbständigen Diagnose- oder Therapieaufgaben betraut werden. Allerdings werden häufig Patienten an die selbständigen paramedizinischen Krankenschwestern weiterdelegiert, wenn die medizinische Indikation dieses zuläßt²⁶⁾. Interessante Unterschiede sind bei der Kontrahierung zu entdecken. Die schwedischen Nachfrager vermeiden bewußt die regionalen Gesundheitshäuser²⁷⁾, wogegen in den finnischen Einheiten Warteschlangen entstehen, die sich, beispielsweise in manchen Stadtteilen Helsinkis, lange vor der offiziellen Öffnungszeit bilden²⁸⁾. Bei einer gegebenen, zu versorgenden Population kann dieses Ergebnis entweder durch falsch geplante Kapazitäten der Gesundheitshäuser oder durch selbständige

Entscheidungen der Nachfrager, alternative Anbieter aufzusuchen, erklärt werden. In Helsinki, wo sich die Ärzte in den poliklinischen Ambulatorien den Anreizen gemäß

$$(17a) \quad (\bar{p} + \bar{q}) \propto (x_a + x_l l_a + x_k k_a) = (w+e) l_a + z k_a + \bar{q} + \beta MF_x(x^d)$$

entscheiden, frequentieren die Patienten seltener diese Produktionseinheiten. In Stockholm werden vorzugsweise die ambulanten Polikliniken der Krankenhäuser²⁹⁾ von Nachfragern aufgesucht, deren Ärzteschaft vor der folgenden Anreizstruktur steht

$$(17b) \quad (\bar{p} + \bar{q}) \propto (x_a + x_l l_a + x_k k_a) = (w+e) l_a + z k_a + q + \beta MF_x(x^d)$$

Diese Verteilung der Patientenströme kann kaum in gravierenden Unterschieden in den demographischen Merkmalen und Krankheitsbildern der jeweiligen Population liegen, sondern ist vermutlich zum erheblichen Teil auf die Preisreagibilität der Nachfrage zurückzuführen. Die Spezialisten sind der Meinung potentieller Patienten nach qualitativ bessere Kontrahierungspartner und Leistungserbringer. Das Aufsuchen eines Spezialisten und die Besuche beim praktischen Arzt in einem Gesundheitshaus sind mit einer kaum voneinander divergierenden Patientenabgabe verbunden. In Finnland sind die Preissignale zu ungunsten der poliklinischen Ambulatorien gestaltet, weil die Gesundheitshäuser ihre Leistungen kostenlos anbieten. Bei derart homogenen Populationen ist die unterschiedliche Steuerung der Patientenströme zu den Anbietern auf diese Preisanreize zurückzuführen.

In Abschnitt 4.1. wurde theoretisch ermittelt, daß die Faktorallokation v.a. in Bezug auf das paramedizinische Personal relativ effizient ist, da sich die Ärzte in dieser Hinsicht als kooperatives Kollektiv gegenseitig kontrollieren können. Folglich sind die Faktorallokationen einer Systematik unterlegen, obgleich bei den Entscheidungen der Ärztegemeinschaft die nichtmonetären Opportunitätskosten eine wichtigere Rolle spielen als bei privatwirtschaftlich organisierten Anbietern.

Die öffentlich beschäftigten Ärzte verwirklichen ihre individuelle

strategische Ausnutzung der Ermessensspielräume bei der Kontrahierung mit dem Patienten. Bei Faktorentscheidungen und Budgetzuteilungen ist es für die Ärzteschaft sinnvoll, eine kollektive "pressure group" zu bilden, um ihre Vorstellungen durchzusetzen. Da aber für den Gütermarkt die Verträge unvollständig spezifiziert sind, ist hier eine gegenseitige Kontrolle der Ärzte etwa im Hiblick auf die individuellen Leistungsziele bzw. Grenzproduktivitäten im Gegensatz zum obigen Fall kaum möglich. Aufgrund der mangelnden wirtschaftlichen Signale sind die Gütermarktentscheidungen indeterminiert, weil der einzelne Anbieter weder mit Kosten seiner Entscheidungen konfrontiert wird noch Erträge aus diesen erhält³⁰⁾. Eine Aussage über die systematische, strategische Ausnutzung der Spielräume ist somit möglich. Die individuelle Nutzenmaximierung wird zur medizinischen "shirking"³¹⁾ (Drückebergerei), v.a. wegen der Risikoaversion vor den drohenden Sanktionen einer malpractice, führen. Einige Anbieter beschäftigen sich besonders intensiv mit dem Patienten, weil sie befürchten, ihre Diagnose nur so vollständig durchführen zu können. Außerdem scheuen sie sich, viele neue Fälle pro Tag zu behandeln. Ein anderes Ergebnis der Risikoaversion könnte sein, möglichst viele Patienten mit Leistungen eines medizinischen Unterlieferanten zu versorgen. Damit kann ein intensives Bemühen gegenüber dem einzelnen Patienten vermieden werden. Die Unsicherheit über den Zustand des Patienten wird dadurch dem Urteil anderer überlassen. Somit ist ein aufwendiger Einsatz, sich über die Vorgeschichte des Behandlungsfalls zu informieren, außerdem überflüssig³²⁾.

Als Ergebnis dieses Abschnittes kann festgehalten werden, daß alle untersuchten Systeme mit verschiedenen Typen von Vertragsverletzungen³³⁾ (oder Kombinationen von solchen) in Abhängigkeit von ihren institutionellen Rahmenbedingungen konfrontiert werden. Die individuellen Kosten- und Ertragsstrukturen beeinflussen somit die ärztlichen Entscheidungen und die Richtung des strategischen Verhaltens innerhalb der Ermessensspielräume systematisch. Eine eingehende eigentumsrechtliche Analyse und Gestaltung der ökonomischen bzw. medizinischen Randbedingungen des ambulanten Sektors erscheint im Lichte der vorgebrachten Argumente umso dringlicher, wenn die Gesamteffizienz der Ressourcenallokation und die medizinische Effektivität

der Behandlung verbessert werden sollen³⁴⁾. Dem individuellen Arzt sollte nicht die Schuld an der herrschenden Ineffizienz zugesprochen werden. Diese resultiert vielmehr aus den falschen Steuerungssignalen der gegenwärtigen Planung und Regulierung des ambulanten Marktes.

- 1) "Es liegt zwar nahe, die Ursache für das Fehlverhalten von Organisationsmitgliedern nur beim Menschen selbst zu suchen, aber das ist ein - allerdings häufig begangener - Fehler... Statt also die Ursache für das Fehlverhalten in der mangelnden moralischen Qualifikation der Akteure zu sehen, was immer zu derselben Forderung nach 'besseren' Menschen führt, verlangt die Idee, daß das Verhalten von Akteuren durch organisatorische Regelungen beeinflusst werden kann, eine Erklärung des Fehlverhaltens durch Mängel der Organisationsstruktur." Eschenburg (1977) S. 220. Stuten und Umbeck (1982) S. 1036 "The maximization postulate upon which micro theory relies leaves no profession except from marginal responses to gains from shirking."
- 2) Stuten und Umbeck (1982) S. 1023. "By its very nature, a contract governing exchange between two parties constrain their behavior... However, if the restrictions are not perfectly enforced, the constraints are not binding, which lowers the cost of contractual violations."
- 3) In der Terminologie der früheren Überlegungen bedeutet dieses lediglich eine Verschiebung der relativen Machtverhältnisse zugunsten des Kapitalgebers.
- 4) "...justified litigation might not be pursued because a patient considers the adverse outcome as just bad luck." Schlesinger (1983) S. 85.
- 5) Dieses bedeutet zunächst eine Abstraktion von möglichen Unterschieden in der institutionellen Form der Sanktionierung und deren transaktionskostenbedingten Durchsetzungsmöglichkeiten. Dieser Problembereich wäre aber eine selbständige Untersuchung für sich und wird hier als vernachlässigbar (wegen *ceteris paribus*) behandelt, obgleich diese institutionellen Unterschiede u.U. den ärztlichen Produktionsprozeß beeinflussen können. Es wird hier also eine Standardisierung der zu sanktionierenden Produktionsprofile angenommen. Ebenfalls wird von eventuellen Haftpflichtversicherungsarrangements abgesehen.
- 6) Diese Annahme gilt nicht unbedingt für die privatwirtschaftlichen Anbieter in Finnland. Sirén (1982) beobachtet bei diesen Leistungsanbietern Überkapazitäten.
- 7) "We caution again that incentives produce general tendencies not absolute consequences." McClure (1981) S. 121.
- 8) Wird außerdem noch berücksichtigt, daß hier keineswegs eine exakte mathematische Ableitung angestrebt wird, sondern eine formal gestaltete Veranschaulichung der Allokationsentscheidungen, dürften die folgenden Argumente zu akzeptieren sein.
- 9) Volle strategische Ausnutzung der Ermessensspielräume würde bedeuten, daß der Arzt die Kapitalgeberinteressen verfolgt und risikoneutral ist.
- 10) Diese Argumente sind ein Grund, warum die Restrukturierung der relativen Preise in den Honorarwerken, zugunsten von Humanleistungen, offensichtlich wenig Erfolg hatten. Technische Leistungserstellung ermöglicht eine wesentlich höhere Entlohnung des ärztlichen Faktors in Zeiteinheiten. Die Verschiebung in der Preisstruktur hätte gewichtiger sein müssen, um persönliche Leistungen des Arztes und v.a. Hausbesuche wieder lohnend zu machen.
- 11) Ähnlich argumentiert auch Joskow (1983).
- 12) Moral hazard des Agenten gegenüber dem Auftraggeber ist das prinzipielle Problem bei der asymmetrischen Informationsverteilung. Siehe Holmström (1979).
- 13) Es wird beispielsweise geschätzt, daß 80% der Leistungen von Internisten eigentlich dem Tätigkeitsbereich der praktischen Ärzte zuzuordnen sind.
- 14) So auch Zweifel (1983). Dieses bedeutet eine Kreuzpreiselastizität von nahezu 1. Maxwell (1981) S. 86ff wundert sich über die, international gesehen, niedrigen Zahlen der Krankenhauseinweisungen und über den relativ niedrigen Anteil der Krankenhauskosten am gesamten medizinischen Budget in Deutschland, Schweden und Kanada beispielsweise haben deutlich ungünstigere Relationen zwischen ambulanten und stationärem Sektor. Die Länge eines Krankenhausaufenthaltes und die Zahl der Doppel Diagnosen sind eigentlich das Problem in der Bundesrepublik.
- 15) Widerspricht der Argumentation von Evans (1982a) S. 383.
- 16) Soderstrom (1978) und Enterline (1975) berichten über mehrhundertprozentige Steigerungen der durchschnittlichen Fallwerte nach der Verstaatlichung der Finanzierung des ambulanten Sektors, über die Zunahme der durchschnittlichen Zahl der Konsultationen und deren Umfang (allerdings teilweise durch Verlagerung in die ambulante Tätigkeit auf Kosten der stationären Arbeitsstunden) und rapide Abnahme der Hausbesuche. Siehe auch Stephen (1979).

- 17) Evans (1982a) S. 383 sieht auch diesen Punkt anders, obwohl er weder eine theoretische noch eine empirische Begründung liefert. "There is scope for faster servicing, the 'revolving door', but this is limited both ethically and physically."
- 18) "To be sure, the increased time price may be only one element of the means used to allocate the available supply of services," Comanor (1980) S. 46.
- 19) Dieses ist offensichtlich eine Teilerklärung für die hohen stationären Kosten im kanadischen System. So beispielsweise Blomqvist (1979).
- 20) Kanadische Ärzteorganisationen haben mit Erfolg eine Approbationssperre für ausländische, eingewanderte Ärzte und eine Senkung der Zahl der medizinischen Studienanfänger durch die staatliche Exekutive bewirkt.
- 21) "...physicians might decide to allocate their services on the base of perspective profitability. It is unlikely that the negotiated fee schedule accurately reflects the relative marginal costs to physicians of the services provided. As a result, the gains from providing one set of services will exceed those from providing another. In choosing among patients, therefore, physicians have an economic incentive to accept those patients who require services that are more profitable, rather than those whose needs are more time consuming, costly, and less profitable." Comanor (1980) S. 46.
- 22) Aufgrund der Beschränkung des Gesamterlöses (auf $r \leq \bar{r}$) gilt in Gleichung 15 die strikte Ungleichheit. Dem schwedischen privat praktizierenden Arzt wird die Möglichkeit der Gewinnmaximierung durch die Plafondierung der Behandlungsfälle entnommen.
- 23) Vauramo (1975, 1982) hat bedeutend kostengünstigere Leistungsprofile der privatwirtschaftlich produzierenden Ärzte im Gegensatz zur öffentlichen Produktion ermittelt. Diese Berechnungen erfolgten allerdings ohne Berücksichtigung der demographischen Faktoren und krankheitsbedingten Leistungszwänge. Außerdem wurden teilweise Zahlen für Präventivmedizin verwendet. Die Planner erklären diese Unterschiede in Effizienz durch eine unterstellte, superiore Diagnostiktechnologie der Spezialisten.
- 24) Diese Ärzte funktionieren in Schweden zunehmend als Lückenfüller. Die Praxen haben spät abends geöffnet. Die Besucherpraxen spezialisieren sich auf Hausbesuche. Volvo AG (laut Direktor Gunnar Wennström) hat sogar zu günstigen Konditionen den ärztlichen Fuhrpark zur Verfügung gestellt. Der Patient muß lediglich Skr. 60 für diese Dienstleistung zuhause tragen. In Stockholm behandeln die Ärzte der Gesundheitshäuser nur in 0,5% aller Fälle den Patienten in Form eines Hausbesuches. Ebenfalls in Helsinki werden nur 0,5% der akuten Fälle von öffentlichen Ärzten zuhause behandelt, davon sind 88% der Patienten 65 Jahre und älter (eigene Schätzung aus Stockholms läns landsting (1982) und Terveystoimisto (1983) jeweils).
- 25) Gleichheitszeichen gilt uneingeschränkt wegen Budgetmaximierung.
- 26) Beispielsweise in Gesundheitshäusern der Provinz Stockholm wurden 1978 33% der Besucher von den selbständigen Krankenschwestern behandelt. (Quelle: eigene Schätzung aus Socialstyrelsen (1981), bei dieser Angabe ist die Versorgung der Kleinkinder nicht berücksichtigt).
- 27) Dieses ist das gegenwärtig größte Planungsproblem im ambulanten Bereich, mit bedeutenden finanziellen Folgen. (Lennart Larsson von der medizinischen Planungsabteilung der Provinzverwaltung Stockholm).
- 28) Resultat der abnehmenden Produktivität in den öffentlichen Produktionseinheiten, obwohl die Anzahl der ärztlichen Anbieter forciert erhöht worden ist (Sirén 1982). Bei sinkenden monatlichen Reallöhnen hat die Ärzteschaft eine Senkung der Dienststundenzahlen auf 37 durchgesetzt. Die Koordination und Behandlungskontinuität der Kontrahierung wird zunehmend schwieriger mit sinkenden individuellen Stundenzahlen. Im Prinzip ist somit die Gesamtkapazität bzw. Leistungsfähigkeit nicht erhöht worden. Tendenziell gilt hier die Beobachtung von Leu (1978) S. 483 "Ebenso können durch eine Rationierung des Angebots die direkten Systemkosten zulasten der Benützerkosten gesenkt werden."
- 29) Alleine das Karolinska Krankenhaus muß über 30% der akuten, ambulanten Fälle in Stockholm behandeln. (Quelle: eigene Schätzung Stockholms läns landsting 1982).
- 30) Aufgrund der mangelnden Überwachungsmöglichkeiten bei der medizinischen Kontrahierung und Produktion ist die Argumentation von Alchian und Demsetz (1972)

S. 780 zutreffend: "Each person will be induced to take more leisure because the effect of relaxing on his realized (reward) rate of substitution between output and leisure will be less than the effect on the true rate of substitution. His realized cost of leisure will fall more than the true cost of leisure so he 'buys' more leisure (i.e. more non-pecuniary reward)." Hiermit kann die Entstehung der Warteschlangen als das Resultat individueller Beeinflussung der Größe α betrachtet werden.

- 31) Eine Tendenz zur direkten shirking hat zum administrativen Einschreiten in Form von Überwachung und Rechenschaftskontrolle des ärztlichen Personals durch die Gesundheitszentralen geführt.
- 32) Diese von Clarkson (1972) für öffentliche und gemeinnützig beschäftigte Krankenhausärzte ermittelte hohe Varianz der Produktionsprofile wird durch die großen Variationen in den mikroökonomischen Daten über die individuellen ärztlichen Leistungsprofile in Helsinki tendenziell unterstützt. Terveysvirasto (1983).
- 33) Direkter, strafrechtlicher Betrug gegenüber der Versicherung wie in Deutschland und Kanada durch gefälschte Liquidation oder Angabe über Behandlung blieb hier unberücksichtigt. "Depending upon the type of contract, these violations may be labeled default, cheating, shirking, fraud, negligence or moral hazard." Staten und Umbeck (1983) S. 1023.
- 34) Maynard (1982) S. 198. "Institutions which force doctor decision makers to trade off costs and benefits at the margin, and perhaps give the property rights in any surpluses, would appear to be remedy for the efficiency problem. However such institutions are difficult to construct."

5. Zusammenfassung

Die vorliegende Analyse versuchte zu zeigen, daß ein Teil der Ineffizienzen und unerwünschten allokativen Marktergebnisse in der ambulanten medizinischen Versorgung auf eine unvollständig und falsch geplante Organisation der Leistungserstellung zurückzuführen ist. Wie die empirische Evidenz zeigt, ist dieses Problem international. Es wurde argumentiert, daß die praktizierten Formen der Regulierung, wenn den Ärzten rationales, normales menschliches Verhalten unterstellt wird, im wirtschaftlichen Interesse zu einer systematischen Ausnutzung der medizinisch notwendigen Ermessensspielräume führt. Die Richtung und Erscheinungsformen dieses strategischen Verhaltens werden durch die institutionell gegebene Anreizstruktur bestimmt. Die Versorgungssituation in den einzelnen Ländern reflektiert die Abweichungen von den vertraglichen Erwartungen. Die allokativen Schwächen in Bezug auf medizinische Effektivität und wirtschaftliche Effizienz können auf die Unvollkommenheit der systemspezifischen Organisationsstruktur zurückgeführt werden.

Die entwickelten Gesellschaften stehen vor der grundsätzlichen Frage, bei der gegenwärtigen Struktur von institutionellen Rahmenbedingungen entweder viele Ressourcen für die Überwachung und Durchsetzung von Vertrags- und Tauschbedingungen aufzuwenden, oder diese so zu reformulieren, daß bei zumindest gleichbleibender medizinischer Effektivität und Qualität die Transaktionskosten gesenkt werden. Im Hinblick auf die gesamtwirtschaftlichen Kosten der Leistungserstellung und -bereithaltung ist die erste Möglichkeit kaum eine langfristige Perspektive. Mit den zunehmenden Informationsbedürfnissen der jetzigen Regulierung steigen auch die privaten und sozialen Kosten des Tausches. Die zweite Option erfordert eine kritische und radikale Infragestellung einiger bestehender Institutionen und ihrer Effizienz in der Informationsverarbeitung und der Allokation. Bei der letztgenannten Aufgabe läge die Rolle eines ökonomisch geschulten Analytikers in einer gründlichen Durchleuchtung der Leistungsverpflichtungen und -rechte der Marktteilnehmer, sowie der prinzipiellen medizinischen und ökonomischen Koordination der Leistungserstellung. Eine solche Analyse liefert Erkenntnisse über die Schwächen der bestehen-

den Institutionen und Beurteilungsgrundlagen zur Redistribution von Eigentums- bzw. Dispositionsrechten im Hinblick auf ihre Fähigkeiten, die Allokation transaktionskostenminimierend im ambulanten Bereich zu verbessern. Diese Aufgabe ist ohne Frage schwer, doch nur eine kritische und fortschrittsfähige Wissenschaft kann der Gesellschaft konstruktive Vorschläge liefern.

*

"Je mehr wir uns der Wahrheit nähern, desto
mehr entfernen wir uns von der Wirklichkeit"

*

Stanislaw Jerzy Lec

Literaturverzeichnis

Adam, Hans (1983): Ambulante ärztliche Leistungen und Ärztedichte. Zur These der anbieterinduzierten Nachfrage im Bereich der ärztlichen Versorgung. Duncker & Humblot, Berlin.

Alchian, Armen A.; Demsetz, Harold (1972): Production, Information Costs, and Economic Organization, in: American Economic Review, Vol. 62, S. 777-795.

Arrow, Kenneth J. (1963): Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, in: The American Economic Review, Vol. 53, S. 941-973.

Arrow, Kenneth J. (1977): The Organization of Economic Activity: Issues Pertinent to the Choice of Market Versus Nonmarket Allocation, in: Haveman, Robert M. und Margolis, Julius (eds.): Public Expenditure and Policy Analysis (2. ed.). Rand McNally, Chicago.

Auster, Richard D.; Oaxaca, Ronald L. (1981): Identification of Supplier Induced Demand in the Health Care Sector, in: The Journal of Human Resources, Vol. 16, S. 327-342.

Bator, Francis M. (1958): The Anatomy of Market Failure, in: Quarterly Journal of Economics, Vol. 72, S. 351-379.

Bewertungsmaßstab für kassenärztliche Leistungen 1978 (BMA '78): Dienstaufgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Stand 1. Januar 1984, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.

Blomqvist, Åke (1979): The Health Care Business. International Evidence on Private versus Public Health Care Systems. The Fraser Institute, Vancouver, B.C..

Böge, Ulf (1973): Kassenpraxis und Privatpraxis, Duncker & Humblot, Berlin.

Breyer, Stephen (1982): Regulation and Its Reform. Harvard University Press, Cambridge, MA.

Brown, Douglas M.; Lapan, Harvey E. (1979): The Supply of Physicians' Services, in: Economic Inquiry, Vol. 17, S. 260-279.

Bundesärztsordnung: Kommentar, Stand 15. Oktober 1981, Verlag R.S. Schulz, Percha.

Bull, Clive (1983): Implicit Contracts in the Absence of Enforcement and Risk Aversion, in: The American Economic Review, Vol. 83, S. 658-671.

Carlsson, Robert J.; Robinson, James W.; Ryan, Michael J. (1971): An Optimization Model for a 'Nonprofit' Agency, in: Western Economic Journal, Vol. 9, S. 78-86.

Cheung, Steven N.S. (1970): The Structure of a Contract and the Theory of a Non-Exclusive Resource, in: Journal of Law and Economics, Vol. 3, S. 49-70.

Clarkson, Kenneth W. (1972): Some Implications of Property Rights in Hospital Management, in: Journal of Law and Economics, Vol. 15, S. 363-384.

Clarkson, Kenneth W. (1980): Managerial Behavior in Nonproprietary Organizations, in: Clarkson, K.W. and Martin, D. (eds.): Research in Law and Economics, Supplement 1, Jai-Press, Greenwich, CN., S. 3-26.

Coase, R.H. (1960): The Problem of Social Cost, in: Journal of Law and Economics, Bd. 3, Nr. 1, S. 1-44.

Cochrane, A.L. (1971): Effectiveness and Efficiency - Random Reflections on Health Services. The Nuffield Provincial Hospital Trust.

Comanor, William (1980): National Health Insurance in Ontario. The Effects of a Policy of Cost Control. American Enterprise Institute, Washington D.C.

De Alessi, Louis (1974): An Economic Analysis of Government Ownership and Regulation: Theory and the Evidence from the Electric Power Industry, in: Public Choice, Vol. 19, S. 1-42.

De Alessi, Louis (1980): The Economics of Property Rights: A Review of the Evidence, in: Zerbe, Richard O. jr. (ed.): Research in Law and Economics, Vol. 2, Jai-Press, Greenwich, CN., S. 1-47.

De Alessi, Louis (1983): Property Rights, Transaction Costs, and X-Efficiency: An Essay in Economic Theory, in: The American Economic Review. Vol. 73. S. 64-81.

Demsetz, Harold (1969): Information and Efficiency: Another Viewpoint, in: Journal of Law and Economics, Vol. 12, S. 1-22.

De Vany, Arthur S.; et al. (1982): The Impact of Input Regulation: The Case of the U.S. Dental Industry, in: Journal of Law and Economics, Vol. 25, S. 367-381.

Ejlertsson, Göran (1981): Produktion och konsumtion av hälso-och sjukvård i en definierad befolkning. Metoder för registrering och analys med tillämpning i ett primärvårds-distrikt. Lunds universitet, Lund.

Enterline, Philip E. et al. (1975): Physician's Working Hours and Patients Seen Before and After National Health Insurance: "Free Medical Care and Medical Practice", in: Medical Care, Vol. 13, S. 95-103.

Enthoven, Alain C. (1981): Health Plan - The Only Practical Solution To The Soaring Cost of Medical Care. Addison Wesley Publ. Co., Reading, Mass..

Eschenburg, Rolf (1977): Der ökonomische Ansatz zu einer Theorie der Verfassung. Die Entwicklung einer liberalen Verfassung im Spannungsverhältnis zwischen Produktivität und Effektivität der Kooperation. J.C.B. Mohr (Paul Siebeck), Tübingen.

Evans, Robert G. (1974): Supplier-Induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications, in: Perlman, Mark (ed.): The Economics of Health and Medical Care, Macmillan, London, S. 162-173.

Evans, Robert G. (1976): Modelling the Economic Objectives of the Physician, in: Fraser, R.D. (ed.): Health Economics Symposium. Proceedings of the 1. Canadian Conference, Kingston, S. 33-46.

Evans, Robert G. (1982a): Health Care in Canada: Patterns of Funding and Regulation, in: Mc Lachlan, G.; Maynard, A. (eds.): The Public/Private Mix for Health. The Nuffield Provincial Hospitals Trust, London, S. 369-424.

Evans, Robert G. (1982b): The Fiscal Management of Medical Technology: The Case of Canada, in: Banta, H.D. (ed.): Resources for Health. Technology Assessment for Policy Making. Praeger, New York, S. 179-199.

Evans, R.G. & Williamson, M.F. (1978): Extending Canadian Health Insurance: Options for pharmacare and denticare. Ontario Economic Council, University of Toronto Press, Toronto.

Feldstein, Martin S. (1974): Econometric Studies of Health Economics, in: Intriligator, M.D. and Kendrick, D.A. (eds.): Frontiers of Quantitative Economics, Vol. II, North-Holland Publ. Co. S. 377-434.

Feldstein, P.J. (1979): Health Care Economics, Wiley Series in Health Services, John Wiley, New York.

Finsinger, Jörg; Vogelsang, Ingo (1981): Alternative Institutional Frameworks for Price Incentive Mechanisms, in: Kyklos, Vol. 34, S. 388-404.

Friedman, Milton (1982): Capitalism and Freedom, The University of Chicago Press, Chicago.

Gäfen, Gerard (1982): Die Allokationswirkungen verschiedener Eigentumsrechte im Krankenhauswesen, in: Herder-Dorneich, Philip (Hrsg.): Wege zur Gesundheitsökonomie. Bleicher, Gerlingen, S. 101-171.

Gäfen, Gerard (erscheint demnächst): Entwicklung und Stand der Theorie der Property Rights. Eine kritische Bestandsaufnahme, in: Schriften des Vereins für Socialpolitik, Duncker & Humblot, Berlin. Zitiert nach dem Referat auf der Arbeitstagung "Ansprüche, Eigentums- und Verfügungsrechte" der Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften - Verein für Socialpolitik - in Basel 26.-28. September (1983).

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vom 12. November 1982.

Gianfrancesco, Frank D. (1983): A Proposal for Improving the Efficiency of Medical Insurance, in: Journal of Health Economics, Vol. 2, S. 175-184.

Gramberg-Danielsen, Berndt (1978): Die Haftung des Arztes. Enke Verlag, Stuttgart.

Hahn, Frank (1982): Money and Inflation. Basil Blackwell, Oxford.

Harris, Jeffrey E. (1977): The Internal Organization of Hospitals: some economic implications, in: The Bell Journal of Economics, Vol. 8, S. 467-482.

Harris, Milton; Raviv, Arthur (1978): Some Results on Incentive Contracts with Applications to Education and Employment, Health Insurance, and Law Enforcement, in: The American Economic Review, Vol. 68, S. 20-30.

Hart, Oliver D. (1983): Optimal Labour Contracts under Asymmetric Information: An Introduction, in: Review of Economic Studies, Vol. 50, S. 3-36.

Hartley, Keith; Tisdell, Clem (1981): Microeconomic Policy. Wiley, Chichester, New York (et al.).

Haynes, R.B. (1982): Einführung, in: Haynes, R.B. et al. (eds.): Compliance Handbuch. R. Oldenbourg, München.

Heidenheimer, A.J. (1980): Conflict and Compromises Between Professional and Bureaucratic Health Interests 1947-72, in: Heidenheimer, A.J.; Elvander, N. (eds.): The Shaping of the Swedish Health System. St. Martin's Press, New York, S. 119-142.

Hess, James D. (1983): The Economics of Organization. North-Holland Publ. Co., Amsterdam.

Holmström, Bengt (1979): Moral Hazard and Observability, in: The Bell Journal of Economics, Vol. 10, S. 74-91.

Horowitz, Ira (1970): Decision Making and the Theory of the Firm. Holt, Rinehart and Winston Inc., New York.

Jensen, Michael C.; Meckling, William H. (1979): Rights and Production Functions: An Application to Labor-Managed Firms and Codetermination, in: Journal of Business, S. 469-506.

Jönsson, B. (1978): Sjukvårdssektorns expansion - hot eller hopp?, in: Rapport från symposium om Hälso- och Sjukvårdsforskning. Samhällsvetenskapliga Institutionen, Universitetet i Linköping, November 1978, S. 39-68.

Jonsson, Egon; Neuhauser, Duncan: Medical Malpractice in Sweden, in: New England Journal of Medicine, Vol. 294, S. 1276-77.

Joskow, Paul L. (1983): Editorial: Reimbursement Policy Cost Containment and Non-Price Competition, in: Journal of Health Economics, Vol. 2, S. 167-174.

Klein, Benjamin (1980): Transaction Cost Determinants of "Unfair" Contractual Arrangements, in: The American Economic Review, Papers and Proceedings, Vol. 70, S. 356-362.

Klein, Benjamin; Leffler, Keith B. (1981): The Role of Market Forces in Assuring Contractual Performance, in: Journal of Political Economy, Vol. 89, S. 615-641.

Knight, Frank H. (1971): Risk, Uncertainty and Profit. University of Chicago Press, Chicago.

Kocher, Gerhard; Rentchnick, Pierre (1980): Teure Medizin. Für gezielte Reformen in unserem Gesundheitswesen. Hans Huber, Bern, Stuttgart.

Kosanke, Bodo (1979): Historische Entwicklung der Gruppenpraxis in der ambulanten Versorgung der Bundesrepublik Deutschland, in: Kosanke, B. und Troschke J. von (Hrsg.): Die ärztliche Gruppenpraxis in der Bundesrepublik Deutschland. Enke Verlag, Stuttgart, S. 4-8.

KVKG: Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz) vom 27. Juni 1977.

Kwon, Jene K. (1974): On the Relative Efficiency of Health Care Systems, in: Kyklos Bd. 27, S. 821-839.

Ladd, George W. (1969): Utility Maximization Sufficient for Competitive Survival, in: Journal of Political Economy, Vol. 77, S. 478-483.

Laufs, Adolf (1978): Arztrecht, 2. Aufl., Verlag C.H. Beck, München.

Leu, Robert (1978): Ansätze zur empirischen Messung der relativen Effizienz von Gesundheitssystemen, in: Schweizerische Zeitschrift für Volkswirtschaft und Statistik, Bd. 114, S. 479-503.

Lindenberg, Siegward (1983): Utility and Morality, in: Kyklos, Vol. 36, S. 450-468.

Lindsay, Cotton M. (1980): The Organization of Medical Care Markets, in: Lindsay, Cotton M. (ed.): New Directions in Public Health Care. Transaction Books, New Brunswick, S. 97-106.

Löhe, I. (et.al.) (1983): Handbuch für Krankenkassen und Ärzte. Asgard-Verlag, Bonn-Bad Godesberg.

Männer, Leonhard; Hartmann, Bernd; Hofmann, Jürgen (1983): Heuristische Entscheidungsmodelle in der kassenärztlichen Versorgung. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.

Maxwell, Robert J. (1981): Health and Wealth. An international study of health-care spending. Lexington Books, Lexington, MA.

Maynard, Alan (1982): The Public Production of Health Care and Health, in: Zeitschrift für Nationalökonomie, Supplementum 2, Public Production (Bös, Dieter; Musgrave, Richard, A.; Wiseman, Jack eds.), S. 183-204.

Mc Clure, Walter (1981): Structure and Incentive Problems in Economic Regulation of Medical Care, in: Health and Society (Milbank Memorial Fund Quarterly), New York, N.Y., Vol 59, S. 107-144.

Metze, Ingolf (1982): Gesundheitspolitik. Ökonomische Instrumente zur Steuerung von Angebot und Nachfrage im Gesundheitswesen. W. Kohlhammer, Stuttgart.

Münnich, Frank E. (1982): The Economics of Medical Care: West German Problems, in: Zeitschrift für die gesamte Staatswissenschaft, Bd. 138, S. 422-439.

Münnich, Frank E. (1982 mimeo): Vergleichende makroökonomische Analyse des Steuerungsmechanismus auf der Allokations- und Produktionsebene im ambulanten Bereich. Universität München. Erscheint demnächst in: Neubauer, Günter (Hrsg.): Alternativen der Organisation und Steuerung des Gesundheitswesens im Rahmen der marktwirtschaftlichen Ordnung der Bundesrepublik Deutschland. Bleicher, Gerlingen 1984.

Münnich, Frank E. (1983): Steuerungsmöglichkeiten in der gesetzlichen Krankenversicherung. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.

Murrell, Peter (1983): The Economics of Sharing: A Transaction Cost Analysis of Contractual Choice in Farming, in: The Bell Journal of Economics, Vol. 14, S. 283-293.

Narr, Helmut (1983): Ärztliches Berufsrecht, Stand Oktober 1983. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.

National Board of Health (1980): Terveystilasto/Health Services Yearbook. Official Statistics of Finland.

Newhouse, Joseph P. (1978): The Economics of Medical Care: A Policy Perspective. Addison-Wesley, Reading, MA.

Ng, Yew-Kwang (1974): Utility and Profit Maximization by an Owner-Manager: Towards a General Analysis, in: The Journal of Industrial Economics, Vol. 23, S. 97-108.

Niskanen, William A. (1971): Bureaucracy and Representative Government. Aldine, Chicago.

Olson, E. Odgers (1973): Utility and Profit Maximization by an Owner-Manager, in: The Southern Economic Journal, Vol. 34, S. 389-395.

Paul, Chris W. II (1982): Competition in the Medical Profession: An Application of the Economic Theory of Regulation, in: Southern Economic Journal, Vol. 48, S. 559-569.

Pauly, Mark V. (1971): Medical Care at Public Expense, A Study in Applied Welfare Economics. Praeger, New York.

Pauly, Mark V. (1979): The Ethics and Economics of Kickbacks and Fee Splitting, in: The Bell Journal of Economics, Vol. 10, No. 2, S. 344-352.

Pauly, Mark V. (1980): Doctors and their Workshops: Economic Models of Physician Behavior. The University of Chicago Press, Chicago.

Pauly, Mark V.; Redisch, Michael (1973): The Not-For-Profit Hospital as a Physicians' Cooperative, in: American Economic Review, Vol. 63, S. 87-99.

Peltzman, Sam (1976): Toward a More General Theory of Regulation, in: The Journal of Law and Economics, Vol. 14, S. 211-240.

Peltzman, Sam (1981): Current Developments in the Economics of Regulation, in: Fromm, Gary (ed.): Studies in Public Regulation. MIT Press, Cambridge, MA.

Posner, Richard (1977): Economic Analysis of Law. Little Brown, Boston, Toronto.

Rausch-Stroomann, J.G. (1977): Istzustand und Zukunft der Laboratoriumsmedizin, in: Kahlert, W.H. (Hrsg.): Kooperation im Gesundheitswesen. Hippokrates Verlag, Stuttgart, S. 48-51.

Reichsversicherungsordnung, in: Deutsche Sozialgesetze, Stand: 1. Mai 1979, Verlag R.S. Schulz, Percha.

Reinhardt, Uwe E. (1972): A Production Function for Physician Services, in: The Review of Economics and Statistics, Vol. 54, S. 55-66.

Reinhardt, Uwe E. (1975): Physician Productivity and the Demand for Health Manpower. Ballinger, Cambridge, MA.

Reinhardt, Uwe E. (1978): Comment, in: Greenberg, Warren (ed.): Competition in the Health Care Sector: Past, Present, and Future, S. 121-148.

Roemer, M.J. (1976): Editorial, in: American Journal of Public Health, Vol. 66, S. 953-54.

Ross, Stephen A. (1979): An Economic Theory of Altruism, in: Krippendorff, K. (ed.): Communication and Control in Society. Gordon and Breach Science Publishers, New York, S. 181-197.

Ruffin, R.J.; Leigh, D.E. (1973): Charity, Competition, and the Pricing of Doctors' Services, in: Journal of Human Resources, Vol. 8, S. 212-222.

Schlesinger, Harris (1983): A Theoretical Model of Medical Malpractice and the Quality of Care, in: Journal of Economics and Business, Vol. 35, S. 83-94.

Schulenburg, J.-M. Gf. (1981): Systeme der Honorierung frei praktizierender Ärzte und ihre Allokationswirkungen. J.C.B. Mohr (Paul Siebeck), Tübingen.

Schulten, Hans (1966): Der Arzt. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Scitovszky, Tibor (1944): A Note on Profit Maximization and its Implications, in: The Review of Economic Studies, Vol. 11, S. 57-60.

Shavell, Steven (1978): Theoretical Issues in Medical Malpractice, in: Rottenberg, Simon (ed.): The Economics of Medical Malpractice. American Enterprise Institute, Washington D.C., S. 35-64.

Shavell, Steven (1982): Suit, Settlement and Trial: A Theoretical Analysis under Alternative Methods for the Allocation of Legal Costs, in: Journal of Legal Studies, Vol. 11, S. 55-81.

Siebeck, Theo (1976): Zur Kostenentwicklung in der Krankenversicherung. Ursachen und Hintergründe. Verlag der Ortskrankenkassen, Bonn.

Sirén, Pekka (1982): The Growth of Health Expenditure in Finland in 1960-1980 and The Prospects for Curbing Its Future Growth. Unveröffentlichte Untersuchung für das Annual Meeting of the International Social Security Association in Turku, Finnland.

Sloan, Frank A. (1974): A Microanalysis of Physicians' Hours of Work Decisions, in: Perlman, Mark (ed.): The Economics of Health and Medical Care. Macmillan, London, S. 302-325.

Sloan, F.; Lorant F. (1976): The Allocation of Physicians' Services: Evidence on Length of Visit, in: Quarterly Review of Economics and Business, Vol. 16, S. 85-103.

Smith, K.R.; Miller, M.; Golloday, F.L. (1972): An Analysis of Optimal Use of Inputs in the Production of Medical Services, in: Journal of Human Resources, Vol. 7, S. 208-225.

Socialdepartementet, Landstingsförbundet (1982/83): Överenskommelse om vissa ersättningar från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen under år 1984, Prop. 1982/83: 174 Bilaga 2, S. 19-22.

Socialstyrelsen (1981): Allmän hälso-och sjukvård 1978, Sveriges officiella statistik, Stockholm.

Soderstrom, Lee (1978): The Canadian Health System, Croom Helm, London.

Sohmen, Egon (1976): Allokationstheorie und Wirtschaftspolitik. J.C.B. Mohr (Paul Siebeck), Tübingen.

Sommer, Jürg (1983): Kostenkontrolle im Gesundheitswesen. Ruegger Verlag, Deisenhofen.

Staten, M; Umbeck, J. (1982): Information Costs and Incentives to shirk: Disability compensation of air traffic controllers. American Economic Review, Vol. 72, S. 1023-1037.

Stephen, W.J. (1979): An Analysis of Primary Medical Care. An International Study. Cambridge.

Stigler, George J. (1971): The Theory of Economic Regulation, in: Bell Journal of Economics and Management Science, Vol. 2, S. 3-21.

Stobrawa, Franz F. (1983): Qualitätssicherung - eine originäre ärztliche Aufgabe, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 80, Heft 49, S. 57-64.

Stockholms läns landsting (1981): Hälso- och sjukvårdsplan för Stockholms läns landsting, Stockholm.

Stockholms läns landsting (1982): Hälso- och sjukvårdsstatistik 1981, Stockholm.

Ståhl, Ingemar (1981): Can Equality and Efficiency be Combined? The Experience of the Planned Swedish Health Care System, in: Olson, Mancur (ed.): A New Approach to the Economics of Health Care. American Enterprise Institute, Washington D.C., S. 172-195.

Suomen Lääkärilehti (1983): Yksityistä Lääkärintoimintaa koskevia taksoja, Bd. 38, Nr. 1-2, S. 85-87.

Svensk författningssamling (1982:763): Hälso- och sjukvårdslag.

Sweeney, George H. (1982): The Market for Physicians' Services: Theoretical Implications and an Empirical Test of the Target Income Hypothesis, in: Southern Economic Journal, Vol. 48, S. 594-613.

Tainio, Esko (1978): General Practitioners in Finland and in Great Britain. Unveröffentlichter Bericht. London School of Economics, London.

Terveysvirasto (1983): Käynnit terveyskeskuslääkäreiden vastaanotoilla. Helsingin kaupunki. Unveröffentlichter Zahlenbericht.

Umbeck, John R. (1981): A Theory of Property Rights. The Iowa State University Press, Ames.

Vauramo, Erkki (1975): Unveröffentlichtes Manuskript.

Vauramo, Erkki (1982): Helsingin Kaupungin Terveysviraston ja Helsingin Yliopistollisen Keskussairaalan välinen suhde vuosi-ilmoitusmateriaaliin perustuvien tilastojen perusteella. Helsingin Kaupungin Terveysvirasto Raportti 3.

Verband der privaten Krankenversicherung (1983): Die private Krankenversicherung im Jahre 1982, Köln.

Williamson, Oliver E. (1979): Transaction-Cost Economics: The Governance of The Contractual Relations, in: Journal of Law and Economics, Vol. 22, S. 233-262.

Wolfson, A.D.; Tuohy, Carolyn J. (1980): Opting Out of Medicare: private medical markets in Ontario. Published for the Ontario Economic Council by University of Toronto Press, Toronto.

YTV (1982): Potilasvirtatutkimus (Pääkupunkiseudun yhteistyövaltuuskunta) A 1982:4.

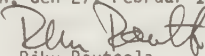
Zeckhauser, R.; Eliastam, M. (1974): The Productivity Potential of the Physician Assistant, in: Journal of Human Resources, Vol. 9, S. 95-116.

Zweifel, Peter (1982): Ein Ökonomisches Modell des Arztverhaltens. Springer, Berlin.

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre hiermit ehrenwörtlich, daß ich sämtliche Quellen und Anregungen, die mir zuteil wurden, in der Arbeit in geeigneter Weise gekennzeichnet habe.

München, den 27. Februar 1984


Riku Rautsola

Geboren am 5.11.1954 in Tampere, Finnland

1961	Anfang der Schulausbildung
1971-1972	Stipendium in den USA, High-School Diploma, Prescott, Wisconsin 31.5.1972
31.5.1974	Abitur, Alppilan Yhteislyseo, Helsinki
1974-1975	Sprachpraktikum in Königstein i. Ts.
1975-1980	Studium der Volkswirtschaftslehre, Universität München
1977-1980	Wissenschaftliche Hilfskraft (ohne Abschluß) am Lehrstuhl für Operations Research, Prof. Dr. Hermann Meyer zu Sel- hausen, Hochschule der Bundeswehr, München
12.12.1980	Diplom-Volkswirt, Universität München
1.1.1981-	Wissenschaftlicher Assistent am Seminar für theoretische und angewandte Sozialökonomik, Lehrstuhl Prof. Dr. Frank E. Münnich, Volkswirtschaftliches Institut der Universität München

München, den 27. Februar 1984

D. GRÄBNER

Dissertations- u. Offsetdruckerei

Gotenstraße 3

8602 Altendorf bei Bamberg

Telefon 09545 / 8791

